

保護者同意書

_____ 御中 (予約クリニック名を記載ください)

本日、私は保護者として、本人が貴院に対し、マウスピース矯正プログラム「キレイライン矯正」の診察及び契約の申込みを行うこと及び契約締結をすることに異議なく同意致します。

年 月 日

本人 氏名 _____

保護者 住所 _____

氏名 _____ ⑩