

# 保護者承諾書

18歳未満の方・学生の方の矯正治療に関しては、保護者様の承諾が必要となります。

ご本人の希望があれば有料で検査を受けられます。

横浜駅前歯科・矯正歯科での有料の精密検査を承諾致します。

承諾日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄) \_\_\_\_\_

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

〒220-0004  
神奈川県横浜市西区北幸1-5-4  
横浜アバックビル3階  
横浜駅前歯科・矯正歯科