

# 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。

東京八重洲キュア矯正歯科での矯正カウンセリングを承諾致します。

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

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄) \_\_\_\_\_

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

〒103-0028  
東京都中央区八重洲1-6-17  
大久保ビルディング6階  
東京八重洲キュア矯正歯科