

同意書

祐天寺ブライト歯科宛

2020年 11月 1日

治療名 ダイレクトボンディング治療

■未成年者（契約者）

住所 東京都〇〇区〇〇1-1

氏名 目黒 太郎 生年月日 2004年 10 月 15 日（ 16 歳）

電話番号 090-0000-0000

※私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

■親権者（法定代理人）

住所 東京都〇〇区〇〇1-1

氏名 目黒 一郎

電話番号 090-1234-5678

当該未成年者との続柄 父



Yutenji Bright Dental Clinic

祐天寺ブライト歯科

Tel : 03-6412-8571/Fax : 03-64128572

同意書

祐天寺ブライト歯科宛

年 月 日

治療名 _____

■未成年者（契約者）

住所 _____

氏名 _____ 生年月日 _____年____月____日（ 歳）

電話番号 _____

※私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

■親権者（法定代理人）

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

当該未成年者との続柄 _____



Yutenji Bright Dental Clinic

祐天寺ブライト歯科

Tel : 03-6412-8571/Fax : 03-64128572