

## 未成年者治療同意書

高校生以下の未成年の方は、当院の治療をご希望の際、保護者の同意が必要になります。

(治療を受ける方) \_\_\_\_\_ の

(治療名) \_\_\_\_\_ 治療につき

内容を理解した上で、治療を受ける事に同意いたします。

平成 年 月 日

保護者住所： \_\_\_\_\_

保護者連絡先： \_\_\_\_\_

保護者名： \_\_\_\_\_ ⑩ 続柄 ( )

あおばデンタルクリニック 院長 小室 千春

〒106-0032 東京都港区六本木 7-15-10 クローバービル 4F

TEL 0120-846-977 FAX 03-5356-7201