

未成年者のホワイトニング施術についての同意書

申込み者様

申込み者様のご親権者様

このたびは、ホワイトニング施術をお申込みいただき誠にありがとうございます。
申込み者様は、未成年者でいらっしゃいますので、ご親権者様のご同意を頂いてのお申込みをお願いしております。

当医院のホワイトニングは未成年者様でもお受けいただける内容ではございますが、歯の性質や成長度合によって痛みや色ムラ等が生じることがございますので、ご理解ご判断いただけますようお願いいたします。

以上についてのご確認及びご理解をいただいた上で、本書末尾に、申込み者様及びご親権者様のご署名・捺印をお願い申し上げます。

※尚、15歳未満の方はご親権者様のご同意があってもホワイトニング施術をお受けいただくことはできません。

同意書

私は、ホワイトニングの内容を理解したうえでホワイトニング施術を受けることを
申し込みいたします。

未成年者（申込者様）ご署名

ご親権者様ご記入欄 *必ずご親権者様の直筆をお願いいたします。

私は、ホワイトニングの内容を理解したうえで、申込み者がホワイトニング施術を受けることに
同意いたします。

_____年 _____月 _____日

ご署名 _____ (印)

連絡先 (TEL) _____

当該未成年者様との続柄 _____

ウエノ歯科