

# 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。

仙台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

〒980-0021

仙台市青葉区中央2丁目11-28番地

りんくすビル6階

仙台キュア矯正歯科