

未成年者のホワイトニング施術についての依頼書兼同意書

申込者様

申込者様のご親権者様

この度は、ホワイトニング施術をお申込み頂き誠にありがとうございます。

申込者様は、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し込みをお願いしております。※ この点、当医院のホワイトニングは未成年者様でもお受け頂ける内容ではございますが、歯の性質や成長度合いによって痛みや色ムラが生じることがございます。また、ホワイトニングをお受け頂く上での注意事項は別紙「ホワイトニングの説明」をよくお読みの上、ご判断頂き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頂いた上で、本書末尾に、申込者様及びご親権者様のご署名・ご捺印をお願い致します。

※尚、18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頂くことはできません。

【後藤歯科医院】御中

私は、本書及び本書別紙「ホワイトニングの説明」を確認し、その内容を理解した上でホワイトニング施術を受けることを申込み致します。

未成年者（申込み者様）ご署名 _____

ご親権者様ご記入欄 ※必ずご親権者様の直筆でお願いいたします。

私は、本書及び本書別紙「ホワイトニングの説明」を確認し、その内容を理解した上で申込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 _____

※当日のキャンセル及び無断キャンセルは 100%、前日のキャンセルは 50%施術費用を請求させていただきます。