

同意書

医療法人社団 S+すずき歯科クリニック殿

(患者様氏名) _____が、

医療法人社団 S+すずき歯科クリニックにて、

(施術名) ホワイトニング の施術を受けることに同意いたします。

同意日 平成 年 月 日

親権者氏名 _____ 印

※必ず親権者ご本人が署名・捺印してください。