

同意書

〇〇〇歯科医院

院長 〇△□ △□〇殿

私は、自分の歯のホワイトニングに関して、その方法、効果、安全性などについて十分な説明を受け、理解しましたので、漂白治療を行うことに同意いたします。

漂白治療する歯の部位および費用に関しても、了承いたします。

■部位

7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7

■費用 _____ 円

■方法

クリーニング（歯面清掃やスクレーリング等）

オフィスホワイトニング

ホームホワイトニング カスタムトレー

ホームホワイトニング Go

ウォーキングブリーチ

その他 _____

連絡先： 〇〇〇歯科医院

住所： _____

Tel： _____

令和 年 月 日

歯科医師 _____ 印

署名 _____