

ホワイトニング同意書

- ・ご希望のお色にならない場合や回数も人によって異なります。
- ・術中、術後にお痛み等が出る場合が稀にあります。
- ・ホワイトニング直後から歯に白い模様が出る場合があります。
- ・詰め物や被せ物のお色は変わりません。
- ・下記に該当される場合はホワイトニングの施術をお断りさせていただきます。
 - ・未成年の方
(オフィスホワイトニング:18歳以上、ホームホワイトニング:16歳以上)
 - ・妊娠中、授乳中の方
 - ・光過敏症の方
 - ・無カタラーゼ症の方
 - ・感染症の方
(HIV・梅毒・B型肝炎・口唇ヘルペス・コロナウイルス感染症)
- ・費用は前金制になります。
- ・当日キャンセル、無断キャンセルをされた場合は
コース消化となりご返金は致しかねます。
- ・5分以上の遅刻をされた場合は
施術をお断りさせて頂くか、施術のお時間が短くなります。

上記の事柄全てを十分に理解し、同意の上、
ホワイトニングの処置を希望致します。

_____年__月__日

・ 未成年者（契約者）

住所 _____

電話番号 _____

ご署名 _____ 印

・ 親権者

住所 _____

電話番号 _____

ご署名 _____ 印