

5号様式

# 同意書

社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

平成 年 月 日

患者様氏名  
(保護者様氏名) 印

同意内容

私の口腔内写真、X線写真及び治療記録を本学会専門医更新書類に使用することについて、担当医から十分な説明を受け、理解しましたので、使用することに同意します。