

ピアスの穴開け同意書

当院では、20歳未満でピアスの穴開けをご希望の方は、保護者様の同伴か、同伴できない場合は、下記の同意書が必要です。保護者様にサインと印を頂きご来院下さい。
なお18歳・19歳の場合は、口頭での保護者様の承諾でも構いません。

本人氏名			
生年月日	平成	年	月 日
年齢			才
保護者氏名	⑩		
本人との関係			

HSクリニック 院長