

未成年者 ピアス同意書

18歳未満で、ピアスの穴開けを御希望の方は、原則として
保護者の同伴が必要です。

やむを得ず同伴できない場合には、こちらの同意書に
保護者の直筆署名をしてもらったうえで御来院ください。

本同意書を持参する者の保護者として、ピアス施術に同意します。

同意書記載日： 年 月 日

氏名（申込者本人）

住所

電話番号

同意書記載日： 年 月 日

氏名（保護者本人自署）

住所

電話番号

医療法人 杏林堂 明島整形外科医院