

<<ピアス同意書>>

未成年者\_\_\_\_\_様

にピアスをあけるにあたり、ピアスをあける事の  
危険性についてよく理解し、ピアスをあけることに  
同意いたします。右耳\_\_箇所、左耳\_\_箇所

年 月 日

住所

\_\_\_\_\_

名前

\_\_\_\_\_印

続柄

\_\_\_\_\_

ご不明な点はクリニックまでお問い合わせください。

つきさむ皮膚科クリニック電話011(856)2000