

ピアスの穴開け 同意書

18歳未満でピアスの穴開けをご希望の方は、原則として保護者様の同伴が必要です。やむを得ず同伴出来ない場合は、こちらの同意書に保護者様直筆のサインをした上でご来院ください。

私はこの文書を持参する者の保護者としてピアスの穴開けをすることに同意します。

実施者氏名：

実施者生年月日：

住 所：

保護者連絡先：

保護者署名：

(続柄：) 印

日 付： 令和 年 月 日

- ※ 20歳未満の方を対象として実施するピアスの穴開けにおいて、保護者様が同伴出来ない場合に必要となるものです。
- ※ 20歳未満の方が一人でピアスの穴開けを実施する場合は、必ず本同意書を提出させるようにしてください。
- ※ 保護者様の署名・捺印がない場合、ピアスの穴開けは実施出来ませんので予めご了承ください。

みやざき皮フ科
院長 本家 貴子

〒331-0804 さいたま市北区土呂町1-25-5
TEL 048-666-0863 FAX 048-666-0882