

ピアスの穴開け同意書

20歳未満でピアスの穴開けをご希望の方は、原則として保護者の同伴が必要です。
やむをえず同伴できない場合は、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本人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。

保護者署名 _____

実施者氏名 _____

実施者生年月日 _____

住 所 _____

連絡先 _____

※20歳未満に相当する年齢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の方が同伴し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下さい。

保護者様の署名がないとピアスの穴開けは実施できません。

〒263-0031

千葉市稲毛区稲毛東3-8-19

川島屋中央ビル2階

医療法人社団亮山会 わかば皮膚科

院長 山本 貴子

TEL 043-247-3230