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。

年　　月　　日

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※18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。
18歳未満の方が一人でピアスの穴開けを実施する場合は、必ず本同意書を持ってご来院ください。
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。

いちのせ形成外科皮膚科 TEL：０６－４９５０－０４２３