

未成年者 ピアス同意書

中学生以下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の直筆のサインをした上で
ご来院ください。

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 令和 年 月 日

氏名(申込者本人)

住所

電話番号

同意書記載日 令和 年 月 日

氏名(保護者本人自署)

住所

電話番号

西大津耳鼻咽喉科

077-510-5454