

ピアスの穴開け同意書

18 歳未満でピアスの穴開けを希望される方は、原則として保護者の同伴が必要です。
やむを得ず同伴できない場合は、こちらの同意書に「保護者様直筆」にてご署名の上、
ご持参ご来院ください。
なお片側のピアスのみご希望の場合でも両耳の料金がかかることをご了承ください。

私は

この文書を持参する者(実施者)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。

保護者氏名（ご署名）： _____

保護者住所： _____

保護者連絡先（お電話）： _____

実施者氏名： _____

実施者生年月日： _____

この書類は、18 歳未満の方がピアスの穴開けを実施する際に、保護者の方が同伴され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際は、必ず当書類が必要です。

保護者様のご署名がない場合、ピアスの穴開けは実施できません。

何卒よろしくお願い申し上げます。

世田谷区赤堤 5-30-15 しもたかいどメディカルタウン 3F

03(3321)4112

しもたか皮フ科 院長 木下綾子