

## 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。

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 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

なお、当院では18歳以下（就学中）の方のピアスの穴開けは原則として行っておりません。

〒510-0002

三重県四日市市羽津中2丁目1-4

竹内皮膚科

竹内隆司