

<<ピアス同意書>>

_____様 にピアスをあけるにあたり、ピアスをあける事の
危険性についてよく理解し、ピアスをあけることに 同意いたします。

右耳__箇所、左耳__箇所

年 月 日

住所

名前

_____印

続柄

ご不明な点はクリニックまでお問い合わせください。

つきさむ皮膚科クリニック電話 011(856)2000