

ピアスご希望の患者様へお願い

当院では 20 歳未満の患者様にピアスの施術をする際、保護者の方の同意が必要となります。

下記に保護者の方の署名、捺印の上、当日お持ち下さい。

(保護者の方が同伴される場合は、同意書は不要です)

※尚、当院では中学生、高校生の方への施術は行っておりません。

同意書

患者氏名 _____

上記の者が、ピアス施術を受けることに同意します。

平成 年 月 日

保護者氏名 : _____ 印

住所 : _____

電話番号 : _____

ななスキンケア皮膚科クリニック 院長 順毛直弥