

ピアス同意書

お名前(ピアスホールをあけられる方) 生年月日 年 月 日生(歳)

ご住所

あおぞら田無クリニックにおいてピアスホールを耳介にあけることに同意いたします。

年 月 日

保護者さまのお名前(保護者さまの自筆)

印

保護者さまのご連絡先(ご一緒に来院されない場合ご連絡させていただくことがございます。)

ご住所

TEL

東京都西東京市田無町2-9-13 丸嘉ビル3F

あおぞら田無クリニック

院長 榎本韻世

Tel 042-452-3700