

## 同意書（未成年用ピアス穴あけ）

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。

やむを得ず同伴できない場合は、こちらの同意書に保護者様の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。

同意書記載日 令和 年 月 日

氏名（申込者本人自署）\_\_\_\_\_

住所\_\_\_\_\_

電話番号\_\_\_\_\_

同意書記載日 令和 年 月 日

氏名（保護者本人自署）\_\_\_\_\_ 印

住所\_\_\_\_\_

電話番号\_\_\_\_\_

〒214-0001 神奈川県川崎市多摩区菅 2-1-21

TEL 044-299-8730 / FAX 044-299-8731

医療法人社団 明晃会

いなだ整形外科ひふ科