

同意書

医療法人社団 明晃会

いなだ整形外科ひふ科

いなだ整形外科ひふ科にて、本人氏名 _____ が

ピアスの穴をあけることに同意したことをここに証明致します。

平成

年

月

日

保護者氏名

(続柄

) 印