

# ピアスの穴開け同意書

年 月 日

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。  
同伴できない場合は、こちらの同意書に保護者様の直筆サインをした上で御来院して下さい。

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。

保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

実施者名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※20歳未満の方を対象として実施するピアスの穴開けにおいて、保護者様が同伴しない場合に必要となる  
ものです。

20歳未満の方が一人で来院する場合は、必ず本同意書を提出させるようにして下さい。

保護者様の署名がない場合は、ピアスの穴開けをお断りさせていただきます。

〒224-0034 横浜市都筑区勝田町324-3

Tel 045-591-2655

医療法人 松井会 松井クリニック

院長 松井 潔