

# 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 H 年 月 日生（ 歳）

---

ご住所

---

みやた皮膚科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。

平成 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

---

千葉県松戸市松戸1147番地 涌井ビル5F

みやた皮膚科クリニック

院長 宮田義久

TEL 047-331-8500