

# 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

---

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。

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場合がございます。）

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 FAX 047-331-8510
---