

## ピアス施術同意書

私はピアスホール作成処置の実施、及びその他の処置などについても同意しました。

\_\_\_\_\_年 月 日

氏名\_\_\_\_\_

生年月日\_\_\_\_\_年 月 日

保護者氏名\_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

みんなの皮膚科・形成外科 津田沼  
医師 佐藤 真嘉 印