

# 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）  
（フリガナ）

ご住所

〒

三ツ沢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ことがございます。）

ご住所

TEL

神奈川県横浜市神奈川区三ツ沢下町 12-5 151A ビル 4 階  
三ツ沢皮膚科クリニック  
院長 榎本 韻世  
TEL 045-548-9773  
FAX 045-548-9774