

ピアス同意書

寺田皮ふ科ひ尿器科医院殿

私は、私が保護責任を持つ(本人氏名) _____ が

貴院にてピアス穴あけ処置を受けることにつき同意致します。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印