

# ピアス穴あけ処置 保護者承諾書

医療機関名：おたるの外科内科クリニック 御中

ピアッシングに伴い、稀に合併症など種々のトラブルが起こる可能性を認識した上で、

\_\_\_\_\_ に対するピアッシングを許可します。

(下線部空欄には、ピアッシングされる方のお名前をご記入ください)

年 月 日

保護者氏名 (自著)

\_\_\_\_\_

住所

\_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_