

ピアス同意書

ピアスを耳に開けることは、医療行為です。

当院では、20歳未満の方がピアスを開けられる場合、開けることに関しての保護者の方の同意書が必要となります。

今一度ピアスを開けることに対してお話し合いの上、保護者の方が一緒に来院していただくか、又はこちらの同意書に、お子様がピアスを開けることに対する同意の文面を書いていただき、保護者の方のお名前、ご住所、印鑑を捺印したものを、お子様にお渡しくださいますようお願いいたします。

耳たぶ用ファーストピアスは金属アレルギー対応ピアス（3510円）と、透明の樹脂ピアス（4050円）をご用意しております。

ピアスの色、種類は学校の校則に従ってください。

当院では消毒液もお渡ししており、消毒の方法についてもお話し、トラブル時には保険診療での治療の対応もさせていただきますので、何かございましたらご連絡ください。

私は、（施術を受ける者） _____ がピアスを開けることを同意します。

平成 年 月 日

親権者（親権者、父母、保護義務者）

ふりがな

保護者氏名 _____ ⑩

保護者生年月日 _____（ 歳）

郵便番号 _____

住 所 _____

電 話 _____

茶屋町皮膚科クリニック

06-6371-5500