

患者 ID : _____

<ピアスホール同意書>

本人住所 _____

本人氏名 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)

上記の者のピアス穴あけに同意いたします。

以上

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者住所 _____

保護者氏名 (直筆) _____ 続柄 _____