

令和 年 月 日

医療法人社団

やんべ皮膚科クリニック御中

承諾書

ピアッシングに伴い、稀に種々のトラブルが発生することは認識したうえで、
_____に対するピアッシングを許可します。

(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。)

保護者氏名

印

住 所

電 話 番 号