

同意書

平成 年 月 日

さくら眼科・美容皮膚科 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

受診者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	S・H 年 月 日	年齢	満16/ 17/ 18/ 19 才
住所	〒		
連絡先			
施術名	ピアスホール形成(耳)		

保護者 記入欄

保護者氏名 (自署)	印		
申込者との関係			
住所・連絡先は、受診者と異なる場合にご記入ください。			
住所	〒		
連絡先			

未成年者の施術については、ピアスホールのみ保護者様の同意をいただいた上で行います。
その他の施術は20歳以上の方を対象としています。