

ピアッシング同意書・申込書

当院で高校生（18歳未満の未成年様）がピアッシングを受ける場合、保護者様の承諾が必要になります。下記内容に承諾いただきましたら同意書にご署名をお願い致します。

施術方法

患者様にお好きなファーストピアスを選んでいただき、穴を開けたい箇所に印を付け、ピアッサーで穴を開けます。麻酔は行いません。

注意事項

ファーストピアスを装着後約2ヶ月間はピアスの取り外しは勧めておりません。外してしまうと穴が閉じる可能性がありますので、付け替える際は十分にお気を付けください。

ファーストピアス装着後の紛失・装着位置の変更につきましては、有料にて対応させていただきまのでご了承ください。

ピアッシング同意書・申込書

私はピアッシングについて十分な説明を受けた上で申込者の法的代理人として 貴院での申込者の施術に同意します。

ピアスを申し込むご本人様をご記入ください						
申込者						
住所						
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	歳
連絡先（電話番号）		—	—			

申込者の保護者様をご記入ください	
法的代理人名（親権者）	印
申込者との続柄	
住所	
連絡先（電話番号）	
— —	