

ピアスホール作成同意書

平成 年 月 日

こまどり皮ふ科クリニック

申込者がピアスホール作成の施術を受けることに同意します。

申込者氏名

生年月日 年 月 日

年齢 満 歳

住所 〒 ー

電話番号 ()

保護者（自署）

保護者氏名

続柄

* 申込者と住所・連絡先が異なる場合は下記もご記入ください。

住所 〒 ー

電話番号 ()