ピアスの穴あけ同意書

医療法人美葉会御中

私は、親権者として、（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が貴院にて、

ピアスの穴あけ処置を受けることに同意いたします。

（同意書記載日）　　年　　月　　日

親権者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

続柄　（　　）

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・・・