

同意書

医療法人社団 康生会
新宿新都心クリニック

今回、私は貴院にてピアスの穴あけについて同意致します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印 (生年月日 S・H 年 月 日)

住 所 _____

※ 未成年の場合は保護者の承諾が必要となります。

(続柄) 氏 名 _____ 印