

親 権 者 同 意 書

耳にピアスを開けることは、医療行為です。

当院では、20 歳未満の方がピアスを開けられる場合、開けることに関しての保護者の方の同意書が必要となります。

今一度ピアスを開けることに対してお話し合いの上、保護者の方が一緒に来院していただくか、又はこちらの同意書に、お子様がピアスを開けることに対する同意をした上で、保護者の方のお名前、ご住所、電話番号、署名年月日、印鑑を捺印したものを、お子様にお渡しくださいますようお願いいたします。

※尚、麻酔をご希望の方は保護者の方が同伴かつ本同意書が必要となります。

本 人	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	
保 護 者	ふりがな	
	氏 名	印
	住 所	署名年月日
	TEL	

医療法人社団 誠信会 オーシャンクリニック
〒231-8331横浜市中区桜木町1-1-7 ヒューリックみなとみらい3F
理事長 鈴木 誠 印