

ピアスの穴開け同意書

※次の注意事項をお読み頂き、理解した上で☑をし最後に署名をお願いいたします。

<注意事項>

- ピアスの穴開け部位は、医師と相談し、可能であると判断される部位に行います。
- ピアス施術後に処置などの適切なケアがされず、皮膚トラブルが発生した場合の診察・治療は、私費(自己負担)にて行います。
- 学校または職場の学則・規則等の決まりにおいて禁止事項にあたる場合であっても、自己責任とし、当院は施術行為の倫理観に対して一切の責任を持ちません。

私は、この文書を持参する本人としてピアスの穴開けをすることに同意します。

_____年 _____月 _____日

実施者氏名 _____

実施者(生年月日・年齢) S H _____年 _____月 _____日生まれ _____歳

住所 _____

電話番号 _____



医療法人社団 誠門会

かどた皮ふ科・形成外科

— 聖蹟桜ヶ丘院 —

KADOTA DERMATOLOGY&PLASTIC SURGERY

皮膚科・形成外科・アレルギー科・美容皮膚科

東京都多摩市関戸 4-3-3-1A

院長 門田 聡

TEL 0 4 2 - 4 0 0 - 1 1 0 2