

ピアスの穴開け同意書

18歳未満でピアスの穴開けをご希望の方は、原則として保護者の同伴が必要です。
やむをえず同伴できない場合は、こちらの同意書に保護者様直筆サインをした上でご来院ください。

また当院では、保護者が同伴であっても15歳未満(中学生以下)の方のピアスの穴開けは行っておりません。

※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の保護者としてピアスの穴開けをすることに同意します。

_____年 _____月 _____日

保護者署名 _____ (保護者自署)

保護者連絡先(携帯電話等) _____

実施者氏名 _____

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

住所 _____

電話番号 _____

※18歳未満に相当する年齢の方を対象として実施する、ピアスの穴開けにおいて保護者の方の同意が必要となります。

※18歳未満の方が一人でピアスの穴開けを実施する場合は、必ずこの同意書を提出して下さい。
保護者様の署名がないとピアスの穴開けは実施できません。

