

カルテ No. \_\_\_\_\_

# ピアス穴あけ承諾書

担当医師 \_\_\_\_\_ 印  
千春皮フ科クリニック 院長 渡辺 千春 殿

今回、ピアス穴あけを受けるに当たり、担当医師より説明をうけ、十分に理解致しましたので実施をお願いします。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

(未成年の場合)

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

◆ご記入いただいた承諾書は当日院内でスキャン（コピー）させて頂いております。  
個人情報や記載していただいた内容が第3者の目に触れることはありません。