

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。

令和 _____ 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。