

20 歳未満の方で手術・治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

## 同意書

大阪梅田中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

\_\_\_\_\_が

(手術・治療名)

\_\_\_\_\_ピアッシング (ピアスの穴をあける) \_\_\_\_\_治療を

大阪梅田中央クリニックで受けることに同意いたします。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_<sup>①</sup>

治療を受ける方との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_