

医療用ピアス施術に関する同意書

私は（ ）医師より、医療用ピアス施術についての説明を受け、併せて施術することの意義および施術に伴う危険などについての説明を受けました。

説明内容、危険に関する異議はなく、施術することに同意致します。

平成 年 月 日

氏名： _____

住所： _____

TEL： _____

保護者氏名： _____

住所： _____

TEL： _____