

ピアス施術同意書

ブライトンクリニック院長河野嘉彦殿

以下の事項に関して説明を受けこれを了承の上、ピアス施術に同意
します。

*金属アレルギー、細菌感染などによりピアスホールが作製出来な
い可能性があること。

*その他、施術後のいかなる事態についても自己責任で処理するこ
と。

令和 年 月 日

住所

氏名

保護者氏名(未成年者の場合)