

同意書

年 月 日

星光クリニック御中

申込者のピアス穴あけ施術を受けることに、同意します。

申込者

氏名	_____
生年月日	_____年 _____月 _____日
住所	_____ _____

親権者または後見人

氏名	_____ 印
住所	_____ _____