

同意書（未成年、高校生までの方）

私 _____（保護者）は、施術希望者 _____（未成年申し込み者）
が、ピアスの穴を開けるにあたり、下記のことを十分に理解した上で貴院にてピアス穴あけ
を施行することに同意いたします。

- ピアスの穴あけ処置の後、化膿などの感染を起こす可能性があります。
（当院で責任をもって対応します。）
- ご体質によっては、穴あけ部にしこり（ケロイド）が生じる場合があります。
（ケロイドに対する加療（内服、外用、形成術）を要することがあります）
- ピアスホールの完成には 6 週間前後かかり、その期間はファーストピアスを装着して
いただきます。
（指定の期間内に自己判断でピアスを外された場合は、感染や穴閉鎖に対し当院では
責任を負えません。）
- 耳たぶの形状や性質上、希望の位置への穿孔が出来かねる場合がございます。
（その際はご本人様に相談いたします）

同意書記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名（申し込み者 自署）

住所

氏名（親権者または保護者自署）

連絡先電話番号
