

# ピアス穴開け承諾書

別府駅前クリニック様

(保護者名)

(ピアスを開けられるご本人様名)

\_\_\_\_\_ は、\_\_\_\_\_ の

ピアス穴開けを承諾いたします。

承諾日 年 月 日

保護者の住所 \_\_\_\_\_

保護者の電話 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ (印) 間柄( )