

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()