ピアス申し込み書

ピアッシング（ピアス孔の施術）を申し込みます。

ふりがな

氏名

住所　〒　　ー

☎　　ー　　ー

生年月日　昭和
平成　　年　　月　　日 生

☒ １８歳未満の方は保護者の承諾と捺印が必要です。
上記の患者のピアッシングを承諾します。

ふりがな

保護者氏名　　印

住所　〒　　ー

患者との関係

Dc ちゃのき皮膚科クリニック
☎ 072-720-7474