

未成年の方は、この処置承諾書を親権者の方に、ご記入頂き、クリニックまで持参してください。承諾書があれば、患者さんご本人、お一人で来ていただいても処置します。

処置 承諾書

びえなクリニック 宛

私、 _____ は、 患者、 _____ が、
(ご両親又は親権者のお名前) (実際に処置を受ける方のお名前)

下記処置を受けることを、親権者として承諾致します。

処置療内容(○で囲んでください。)

1. ピアス 2. 耳軟骨ピアス 3. ボディーピアス 4. 他 _____

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ご両親または親権者のお名前 御連絡先)

親権者氏名 _____

患者さんとの関係 両親 他 _____

親権者住所 〒 _____

親権者連絡先(できましたらスマホ電話番号) _____

(実際に処置を受ける方のお名前 御連絡先)

患者氏名 _____

患者住所 同上 〒 _____

患者連絡先(スマホ電話番号) _____

びえなクリニック 院長 殿