

同意書

担当医師から、今回の施術「ピアッシング」について、その方法、効果、副作用（出血・感染・閉塞）などについて説明を聞き、理解しました。

その上でこの施術を受けることに同意致します。

平成 年 月 日

(自筆サイン) _____

保護者（治療を受ける方が未成年者である場合）

(続柄) _____

(保護者サイン) _____

やまうちクリニック