

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