

ピアスの穴開け同意書

20歳未満のかたでピアスの穴開けをご希望の方は、保護者の同伴をお願いしております。
やむをえず同伴できない場合、こちらの同意書に保護者のご署名のうえご持参下さい。
※中学生以下のピアスの穴開けは、お受けしていません。

私は本人の保護者としてピアスの穴開けをすることに同意します。

保護者署名

()

実施者氏名

()

実施者生年月日

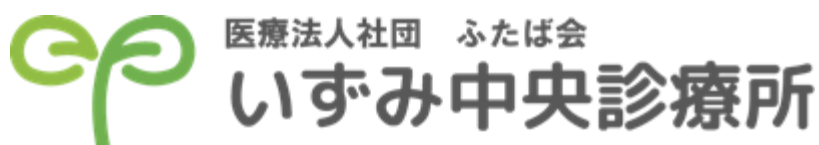
()

住 所

()

連絡先

()



〒245-0023 横浜市泉区和泉中央南 5-2-3

TEL : 045-806-2727