

未 成 年 者 用 治 療 同 意 書

「にしやま形成外科皮フ科クリニック」

「にしやま由美皮フ科クリニック」 御中

本日、依頼者： _____ が、

施術名： ピアスの穴開け

の治療を受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

親権者氏名： _____ 印

親権者住所： _____

親権者TEL： _____

にしやま形成外科皮フ科クリニック

(愛知県名古屋市中区栄3-14-13 ドトール名古屋栄ビル5階)

TEL:052-242-3535

にしやま由美皮フ科クリニック

(愛知県名古屋市中区栄1-3-3 名古屋ヒルトンプラザ内)

TEL:052-219-5252