

同意書

私は、保護者として「ココネスクリニック」での下記施術に同意致します。

記

施術名	医療用ピアス（ピアスの穴開け）
-----	-----------------

ご氏名					
ご生年月日	年	月	日	年齢	歳
ご住所					
ご連絡先					

保護者氏名					印
続柄					
ご住所					
ご連絡先			携帯		

以上