

## 保護者同意書

この度、保護者 \_\_\_\_\_（保護者氏名）は、  
\_\_\_\_\_（未成年者氏名）のピアス穴あけに同意致します。  
ピアス穴あけに伴う合併症・副作用の内容、貴院の方針を十分に  
理解致しました。

保護者氏名 \_\_\_\_\_（保護者自署）

保護者連絡先 \_\_\_\_\_