

ピアス施術承諾書

この度ピアス施術に際し、この施術を受けることに同意いたします。

また、施術に関連した緊急の場合または医学上の立場から処置の変更を
する必要がある場合には、その処置を受けることについても同意します。

平成 年 月 日

住所: _____

患者氏名: _____ 印

住所: _____

立会人氏名: _____ 印

トメモリ形成外科

