

# 保護者同意書

---

ローズマリークリニック

被施術者  
(未成年)

氏名

---

住所

---

生年月日

---

施術内容          ピアスの穴あけ

---

ローズマリークリニックにて上記内容の施術を受けることに同意致します。

年    月    日

保護者  
(親権者)

氏名

---

生年月日

---

住所

---

続柄

---