同意書（未成年用ピアス穴あけ）

私　　（親権者）は、　　（未成年申込者）が、ピアスの穴を開けるにあたり、下記のことを十分に理解した上で、貴院で申込者がピアスホールを開けることに同意いたします。

・耳たぶの形状や性質上、ピアスを開ける際ご希望の位置と誤差が生じる場合があります。
・金属アレルギーがある場合、チタン製であってもアレルギーの発生をすべて抑えるわけではありませんので、ご注意ください。
・ピアスの穴あけ後、化膿などの感染を起こす可能性があります。
・体質によっては、ピアスの穴あけをしてから、周囲にしこりが生じる場合があります。
・ケロイド体質の方は、ピアス周囲の皮膚が赤く盛り上がる可能性があります。
・ピアスとキャッチをきつくしめすぎると、ピアスやキャッチが皮膚の中に埋まってしまう可能性があります。
・ピアスホールの完成は、体質にもよりますが１～2 か月かかります。その間は
ファーストピアスをつけたままにしてください。途中で外すと、穴がふさがってしまうことがあります。

同意書記載日　　年　　月　　日

氏名（申込者本人自署）

住所

同意書記載日　　年　　月　　日

氏名（親権者本人自署）

印

住所

角鹿医院