同意書（未成年用ピアス穴開け）

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申込者がピアスホールを開けることに同意いたします。

注意事項と説明

- ピアスの穴開け後、化膿などの感染症を起こす可能性があります。
- 金属アレルギーがある場合、純チタンであってもアレルギーの発症をすべて抑えられるわけではありませんので、ご注意ください。
- 体質によっては、ピアスの穴開けをしてから、周囲にしこりを生じる場合があります。
- ケロイド体質の方は、ピアス周囲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締めすぎると、ピアスやキャ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には、体質にもよりますが２か月程度かかります。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。ピアスを外していると穴が閉じてしまいます。
- 耳たぶの形状や性質上、ピアスを開ける際にご希望の位置と誤差が生じる場合があります。

同意書署名日　　年　　月　　日

申込者本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯ならび肌管理クリニック　東武練馬院
東京都板橋区徳丸 3-1-19-1F
03-3550-7777