承諾書

年　　月　　日

保護者名	印
ご住所	
電話番号	

私は「＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿」がクリニックにて
※あなたのお名前
「＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿にピアッシング」をする事を承諾します。
※施術部位