

ピアス穴あけ同意書

ピアス穴あけ同意書

私は、以下の内容を十分に理解し、自らの意思でピアスの穴あけ（以下「施術」）を受けることに同意します。

1. 施術内容について

- 専用のピアッサーを使用し、チタン素材のファーストピアスで穴を開けます。

2. リスク・注意事項について

- 施術後に痛み、出血、腫れ、感染、金属アレルギー、ケロイド形成等の副作用が発生する可能性があります。

- 適切なアフターケアを行わない場合、感染症やトラブルが生じる可能性があります。

- 万が一、上記の症状や異常が発生した場合には、速やかに医療機関を受診することに同意します。

3. 未成年者の取り扱いについて（未成年の場合のみ）

- 私（保護者）は、上記の内容を十分に理解し、未成年者（氏名：_____）が施術を受けることに同意します。

- 保護者署名がない場合、施術は行えません。

4. 免責事項

- 施術に伴うトラブルや後遺症に関して、店舗・施術者に重大な過失がない限り責任を問わないことに同意します。

日付：令和 年 月 日

施術を受ける方氏名：_____（署名）

生年月日：_____

未成年者の場合（18歳未満）

保護者氏名：_____（署名）

続柄：_____

連絡先：_____