

承諾書

氏名： _____

住所： _____

生年月日： 年 月 日

上記の者が、医療脱毛・医療ハイフ・ダーマペン・美容点滴・
フォト美肌治療・医療痩身 を受けることを承諾する。

(備考)

※医療脱毛・医療ハイフ・ダーマペン・美容点滴・フォト美肌治療・医療痩身の施術が、現在の傷病や持病の治療の妨げにならないことの確認が目的です

※医療脱毛・医療ハイフ・ダーマペン・美容点滴・フォト美肌治療・医療痩身で、承諾いただけないものは、二重線で取消ください

※白斑の疑いがある部分については、「白斑ではない」と記入していただく必要があります

20 年 月 日

住所

医師

エミナルクリニック、メンズエミナルクリニック

お問い合わせ先 福岡オフィス
福岡市中央区天神 2-7-6 DADA ビル 5F
TEL 092-716-2307