

承 諾 書

氏名： _____

住所：

生年月日： 年 月 日

上記の者が脱毛することを承諾する。

(備考)

※脱毛の施術が治療の妨げにならないことの確認が目的です

※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、HMRクリニック

お問い合わせ先 福岡オフィス
福岡市中央区大名 1-15-33 福岡セントラルビル 5階
TEL 092-716-2307