

# 承諾書

氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

生年月日：           年       月       日

上記の者がレーザー脱毛・医療ハイフの施術、AGA 治療を受けることを承諾する。

(備考)

※レーザー脱毛、医療ハイフの施術、AGA 治療が、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

※レーザー脱毛、医療ハイフ、AGA 治療の中で、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 8F  
TEL 092-716-2307