

承諾書

生年月日： 年 月 日

氏名： _____

住所：

上記の者が、医療脱毛・医療ハイフ・ダーマペン・美容点滴
ハイドロピーリング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・ハイドロピーリングが、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・ハイドロピーリングの中で、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：

