

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)

※光脱毛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

平成 年 月 日

住所

医師

エステ・タイム

〒530-0044

大阪市北区東天満1-6-6 オーセンビル5階

TEL 06-4801-7007

FAX 06-4801-8003

ホームページ <http://esthetime.co.jp/>