

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

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

医師 _____

□ CARINA 東村山店

〒189-0022

東京都東村山市野口町 1-1-9 東村山小糸ビル 2F

TEL 042-313-0789 / FAX 042-313-0789

ホームページ <http://www.carina-beautysalon.com/>

□ CARINA 所沢店

〒359-1116

埼玉県所沢市東町 7-7 ツインガーデン 101

TEL 04-2935-4826 / FAX 04-2935-4826

ホームページ <http://www.carina-beautysalon.com/>