

# 承 諾 書

## 施術名 医療レーザー脱毛

この度、私が貴院において、レーザー脱毛を受けるにあたり、担当医からその内容について説明を受け、十分理解をいたしましたので、施術の実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されること、また、実施後も貴院の指示を尊重し、それに従い、決して異議を申し立てません。

コースを利用した際には、期限以内に使用致します。

西暦 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

※ 下記、未成年の方・同意が必要な方のみご記入ください。

同意者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(続柄 )

住所 \_\_\_\_\_

(ご住所が同じであれば、同上とご記入下さい。)

携帯番号 \_\_\_\_\_

スキンクリニック