

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

脱毛サロン ラ・ヴォーグ

〒810-0041

福岡市中央区大名 1-15-33 福岡セントラルビル 5階

TEL 092-716-2307

FAX 092-791-5463

ホームページ <http://www.la-vogue-epi.jp/>