

## 美容ライト脱毛承諾書

氏名:

生年月日: 年 月 日

この度、お客様(.....様)に対して、美容ライト脱毛・美容フェイシャルの施術するにあたって下記内容の美容ライト脱毛機バイマツハを使用する予定ですが、お客様 の持病または傷病を悪化される事が無い事をご確認頂く共に、ご承諾をいただきますようお願い申し上げます。

※美容ライト脱毛が治療の妨げにならないことの確認が目的です。

### 記

- 使用光源 キセノンランプ < ※レーザー式では無い >
- 光の波長 650nm ~ 950nm
- エネルギー密度 2 - 6.4J/cm<sup>2</sup>

以上

上記の者が美容ライト脱毛を受けることを承諾する。

令和 年 月 日

医療機関名:

医師名:

サロン名: Waxing Linda

〒596-0021

大阪府岸和田市松風町15-34

電話番号:080-4022-0375