

# 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)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※脱毛の施術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

## HMR クリニック

お問い合わせ先 福岡オフィス  
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