

承諾書

氏名： _____

住所： _____

生年月日： 年 月 日

上記の者がエステトリートメントすることを承諾する。

(備考)

※エステトリートメント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

全身ボディメイクエステ ベルフィオーレ

〒305-0046

茨城県つくば市東2-31-9 巴ビルD号室

株式会社 **HOLDINGS**

TEL 029-846-1123/ FAX 029-846-1124