

承諾書

私は、下記病院より下記の病気、症状の診断を受けています。
また、下記病院より処方された薬を服用しているため
下記病院の医師から、除毛トリートメントを受ける許可を得ています。

そのため、万が一下記病気の悪化や病状に関するトラブルが起きた際に
貴サロンへの責任を一切求めません。

____年 ____月 ____日

病院名

病名または症状

処方薬名

署名

住所

電話番号

生年月日