

# 施術承諾書

氏名：

住所：

生年月日： 年 月 日

弊社の美容機器「エルフィーノ」では超音波を使った施術を行います。

※治療の妨げにならないことの確認が目的です。

上記の者が「エルフィーノ」での施術を受けることを承諾する。

(備考)

年 月 日

医療機関名：

医師：

住所：

電話番号：

サロン名 美容&健康☆専門店 Tiratore

住所 横須賀市武 3-18-11

電話番号 080-1220-3103