

承諾書

松本クリニック 院長
松本浩彦 殿

貴院で受ける医療レーザーによる脱毛治療ならびに施術に関して、

1. 治療方針の概略、ならびに術式
2. 使用する薬剤、施術機器の内容および合併症
3. 治療に要する通院回数と期間
4. 治療に要する費用
5. 施術期間中の方針変更
6. 治療過程に予期しない事態が生じた場合、
必要かつ適切な処置を行うこと

以上について十分な説明を受け、内容を理解したうえで上記治療を受けることに同意します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

未成年の場合

保護者氏名

保護者連絡先