

## 美容ライト脱毛承諾書

氏名：

住所：

生年月日：           年           月           日

この度、お客様〈.....様〉に対して、美容ライト脱毛・美容フェイシャルの  
施術するにあたって下記内容の美容ライト脱毛機バイマツハを使用する予定ですが、お客  
様の持病または傷病を悪化される事が無い事をご確認頂く共に、ご承諾をいただきます  
ようお願い申し上げます。

※美容ライト脱毛が治療の妨げにならないことの確認が目的です。

### 記

- ・使用光源 キセノンフラッシュランプ 〈※レーザー式では無い〉
- ・光の波長 650nm～950nm
- ・エネルギー密度 2 - 6.4J/cm<sup>2</sup>

以上

上記の者が美容ライト脱毛を受けることを承諾する。

令和           年           月           日

医療機関名：医師：

サロン名

住所

電話番号