

脱毛サービス等に際してのお願い

お客様に安心安全でご満足いただけるサービスを受けていただく為に、私どもサロンでは細心・最善の注意を払いサービスに取り組んでおります。
その指針に伴い、下記の通りご確認の上誓約をお願いいたします。

脱毛サービス等依頼(及び免責確認書)

(株)トゥインクル

MORE twinkle

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 並木通り本店 | <input type="checkbox"/> 東広島西条店 |
| <input type="checkbox"/> 五日市駅前店 | <input type="checkbox"/> 福山神辺店 |
| <input type="checkbox"/> 緑井店 | <input type="checkbox"/> 福山宮通り店 |

殿

わたくし_____は、持病・症状の治療のため通院しており(または以前していた)ますが、病院又は主治医の診断により、貴サロン様での脱毛等の施術（ハイパー
スキン脱毛、フェイシャルサービス、コラーゲンカプセルの利用）を受ける事の了解・
許可を頂いております。

その診断結果により上記サービスを受ける事は病状・症状とは何ら関係なく、
全てわたくしの自己責任において上記サービスを受ける事をお約束いたします。
また医師の診断を受けず、自己判断により上記サービスを受ける場合も同様に、
貴サロン様には何ら責任を問う事はいたしません。

(また妊娠時も上記と同様に自己責任と承知します。)

年 月 日

住所

氏名 _____ 印