

Bres富士宮店 ホットカラーゲンスタジオ体験同意書

この度は、体験のお申込みを頂戴し誠にありがとうございます。
ご利用にあたりまして下記事項のご確認とご理解、ご了承をお願いいたします。

下記事項をご確認の上、内チェック及びご署名をお願いいたします。

1. メディカルについて

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ・現在妊娠はしていません。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・刺青、タトゥー等はしていません。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・光線に過敏な体質(光線過敏症)等の既往歴が無く、
光線に反応する医薬品・湿布も服用していません。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・色素細胞に対する自己免疫不全(原田病やバセドウ病)
等の既往歴は持っていません。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

Bres富士宮店 御中

貴スタジオ体験にあたって上記事項に同意・遵守の上、体験いたします。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ご本人氏名 _____

*ご本人様が未成年の方の場合のみ

親権者氏名 _____