サロン名：

サロン住所：

ＴＥＬ：

CLEAR/SP-efシリーズ について

今回、お客様（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様）に対し、光脱毛・光フェイシャルの施術をするにあたって、下記仕様の機械を使用する予定ですが、お客様の持病または現在治療中の傷病を悪化させないことをご確認いただきますようお願い申し上げます。

記

1.ランプ種類
キセノンランプ（イギリス製）

2.光の波長（nm）
480nm～1200nm

3.光の力（Ｊ）
出力　2.3～12J/c㎡（±20％）

なお、施術の許可をいただいた場合であっても、施術毎にお客様の肌状態を確認し、細心の注意を払って施術いたします。

以上

上記項目を確認したところ、症状を悪化させる行為ではないため、光脱毛・光フェイシャルの施術を許可いたします。

＿＿＿＿年　　月　　日

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診断医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印