

## 同意書

私は、貴店にて施術を受けるにあたり、禁忌に該当する疾患がなく、  
また、相対禁忌に該当する症状については、施術を受けることに対して医師の許可を得ています。

このほか、健康上の異常・妊娠の異常はありません。

施術中または施術後に何らかの変調をきたしたとしても、貴店及び施術者に責任追及しないことを同意します。

年月日：（西暦）          年          月          日

---

お名前：

---

出産予定日：（西暦）          年          月          日

---

親権者 お名前：

---

※ 20歳未満のお客様(既婚の方は除く)は、親権者のサイン(自筆)が必要です。

