

# 「承諾書」

## ◇ご妊娠されているお客様へ◇

当スペースでフェイスセラピー・リフレクソロジー・ハンドリフレクソロジーをご希望になる場合、必ず主治医にご相談の上、お受けください

【内容を承諾いただけましたら、ご署名をお願いします】

- 提供しているメニューの内容をすべて確認しました
- 主治医の承諾を得ています
- 自分の体調を最大限に考え、あくまでも自己判断で施術を受けます
- 施術後に体調を崩しても、原因が分からない場合は責任を追及しません

上記の内容を理解しましたので、施術を受けることを承諾します

平成 年 月 日

お客様名(自署)

---