

親権者用同意書（脱毛レーザー）

当院で使用する米国キャンデラ社製 GentleLase Pro（ジエントルース プロ）は、厚生労働省の医療機器承認を取得したロングパルスアレキサンドライトレーザーです。アレキサンドライトレーザーは、毛根のメラニン色素にレーザー光線を吸収させて、その熱で毛根周囲の組織にダメージを与え長期間における減毛（脱毛）を行うことができる治療方法です。

部位によって治療の間隔は違ってきますが、約1ヶ月半から2ヶ月毎に照射を繰り返していきます。平均で5回～10回、年齢や部位によっては10回以上かかることもあり個人差があります。やけどのような症状や、皮膚の炎症を起こすなどの合併症が起きる可能性があります。また、永久に無毛状態を保つことができるわけではなく若干の毛（体毛）の再生が生じます。その他の施術注意点やキャンセル規定などは申込者に説明いたします。

同意書

私は、申込者の親権者として、医療脱毛レーザー治療を受けることに同意いたします。

年 月 日

氏 名 _____ (印)

住所 _____

電話番号 _____

申込者（治療を受ける方）との関係 _____

申込者（治療を受ける方）の氏名 _____