

マタニティトリートメントをご希望のお客様へ

～ご協力のお願い～

この度は、ティンガーラスパのマタニティトリートメントをご希望くださりまして誠にありがとうございます。お客様にトリートメントを快適に受けていただくと共に、当サロンのサービス内容に万全を期すため、下記の同意書のご署名のご協力をお願い致します。

なお、同意書をご持参の場合でも、当日の体調・トリートメント時の体調変化・担当セラピストの判断により、施術を控えさせていただく、もしくは別サービスへの変更をご案内させていただくこともございますので、何卒ご了承くださいますようお願い申し上げます。

株式会社パシフィックホスピタリティグループ 佐藤 健

~~~~~【同意書】~~~~~

私は、ティンガーラスパにてトリートメントを受けるにあたり、健康上の異常・妊娠の異常はありませんが、トリートメント中またはトリートメント後に何らかの変調をきたしたとしても、ティンガーラスパ及びトリートメント担当者・運営会社に責任を追及しないことを同意します。

年 月 日

お名前: \_\_\_\_\_ 印

ご住所: \_\_\_\_\_

お電話番号: \_\_\_\_\_

出産後予定日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

※ 18歳未満のお客様には、親権者または配偶者のサイン(自筆)も必要となります。

※ 親権者・配偶者氏名: \_\_\_\_\_

担当医師様へ クライアント様がリラクゼーションオイルトリートメントを受けても可能な健康状態であると判断された場合はサインをお願い致します。

担当医師様のお名前(自筆): \_\_\_\_\_ 印

～担当病院情報～

病院名:

住所:

電話:

特記事項:

サイン日 年 月 日

問い合わせ:ティンガーラスパ Tel (0460)84-0128 東急ハーヴェストクラブ 箱根甲子園内