

マタニティケア施術に関する医師の同意書

以下のクライアント様について、リラクゼーションを目的としたトリートメント(マタニティボディケア)を受けることに対して、医学的に問題がないことを確認し、同意いたします。

【情報記入欄】

- ご本人様のお名前: _____
 - 出産予定日: _____年__月__日
 - 現在の妊娠週数: _____週
 - ご通院されている産科名: _____
-

■ 注意: 当サロンでは、医療行為は一切行わず、クライアント様の心身の緊張緩和やリラクゼーションを目的としたソフトな施術を行っています。また諸注意事項は当サロンHPにてご確認ください。

【医師署名欄】

- 医療機関名: _____
 - 医師名(ご署名): _____
 - 日付: _____年__月__日
 - 印(または署名): _____
-

【サロン情報】

Airy Spa 石垣島

【住所】 〒907-0024 沖縄県石垣市浜崎町 2-2-3 ウミソラハウス 1F 南

【電話番号】 0980-82-7878

【メール】 annachura@gmail.com 【HP】 <https://annachura.com>

【代表者】 久貝 富士子