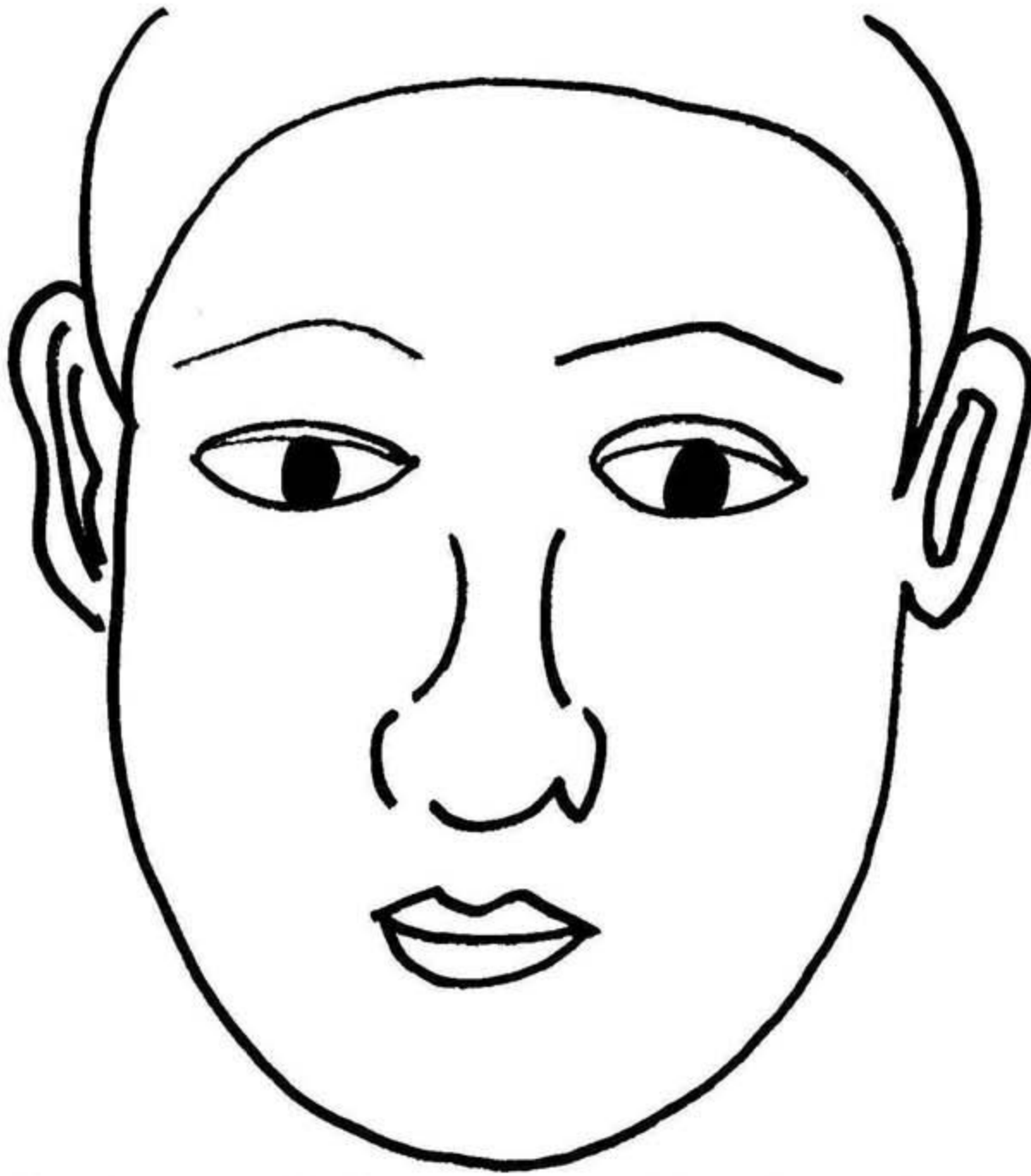


# レーザー・光線治療 申し込み書



※ とってほしいものは○を、とってほしくないものには○をつけないで下さい。

※ 顔面地図にとりたいものを書き入れ、番号を記入して下さい。

- 1、イボ      2、ホクロ      3、シミ      4、その他の隆起

※ その他の希望

- ・ 脱毛
- ・ ニキビ
- ・ ニキビあと
- ・ 血管腫
- ・ 赤ら顔
- ・ 毛穴処理
- ・ その他

※ 第一希望日 (      月      日)

第二希望日 (      月      日)

土曜日の午後を優先します

月      日

恵愛小林クリニック

TEL 029 (263) 0651

FAX 029 (263) 7047

住所 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_