

部位・麻酔・剃毛チェックシート

施設で確認した回答を記録。未確認の項目は、空欄にせず「未確認」と記入。

施設・プラン：

確認日： 回答者・見積書の参照箇所：

01 希望部位とプランの範囲

部位	含まれる / 別料金 / 対象外 / 未確認・備考
ヒゲ（鼻下・あご・頬など）	
額・眉上・眉間・眉下	
鼻の表面・鼻毛	
うなじ・首	
胸・腹・背中・お尻	
腕・手の甲・手指	
脚・足の甲・足指	
VIO	

※照射可能な部位の一覧ではありません。可否と境界は施設に確認してください。

02 麻酔の範囲と料金

希望部位だけの部分麻酔： 可 / 不可 / 条件あり / 未確認

対象部位・種類：

麻酔代（税込）： 円 / 単位（1回・1部位・使用量等）：

無料条件・必要回数分の総額：

03 剃り残しがある場合

無料の範囲・時間： 超過料金（税込）・単位：

剃り残した部位への照射： 可 / 不可 / 条件あり / 未確認

照射しない場合の回数消化・振替・返金の扱い：

回答メモ：

質問例：「10分まで無料？」「照射しない部位も1回分消化？」など。
上記は確認用の例であり、各施設に共通する条件ではありません。