

Name: _____

Date	Photo s y/n	Safety Protocol y/n	Skin Type	Wave Length	Rx type - location	Handpiec e	Fluence	Pulse Width	Rate	Chill Temp	Total # of Shots	Signature

Notes:



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notes:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notes:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notes:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notes:
