

Name: _____

Date: _____

Soak Off Gel Polish

S V I S I T I T A M R E D T C A T N O C L C V E
Q A W B D R Y G V G C E L Q I X L V U O R Z Y X
Y G N J I I L H K C C O S H H C N R Y J U J B K
R J T X Y Z A J B G Y M F C B E J Q R L I H B R
D K Y J X S E R Q L H Z C P U O N D F M H M T M
G Y C O A C X I W A F V O F Y H R X J L S D L Y
X O Y W B Q B O I V K I L I I W P I S H Q L I F
I N G M K Z D C O J M O P Y G P B T E L A H G R
I O V C S T E R I L I S A T I O N N I U J F H L
X A X D C Q N O I T A C I D N I A R T N O C T J
O K M X X Y I W X Z N I M P N G K N F L V U E V
B P C O R E K T Z V F G H I R M H S C N Q R M F
I U A O Q G H S Q K J F D R F M U A B L B E I B
Z V N W C D Q B U T V Z R G D I F N H K L M T L
R S P U G E X O G N N W G Y S L P I D T R T T J
J M M D V E V X M J A J Y C C P T T I E F H I F
V D D G A E V Q A M H I N M V X K I G Z G V N E
V N P N U R V G T C M P P E T X Q S H Z H K G S
B Q M L M F U G R U G G Z L S Z H A G M S N D A
Y L M L F P E X I H M H Z C R Z I T H P V B I S
D I E I I G S B X B I W F I S Q O I A V P J O U
P K D F Q R Q D R M Q P L T Z G B O F I P E D B
X L S U F Y Y J W Q K U L U B W L N H O D V E D
Q N O I T C A A R T N O C C E K A D B T L A N D

LIGHT EMITTING DIODE

CONTACT DERMATITIS

CONTRAINDICATION

STERILISATION

CONTRACTION

SANITISATION

FREE EDGE

CUTICLE

MATRIX

COSHH

HASAW

CURE

PPE

UV