

未成年者施術同意書

18歳未満のお客様は、自筆で事前にご記入いただいた保護者の方の同意書が必要となります。
まつ毛エクステの施術を安心して受けて頂く為に下記の内容を必ずご確認の上、ご署名をお願い致します。

- まつ毛エクステは専用の接着剤を使用して、まつ毛に装着します。その際、肌が敏感な方・体調が優れない方や免疫力が低下している場合稀に、アレルギー反応を起こす場合がございます。
- 施術中、接着剤の揮発成分により、目がしみる場合がございます。その際は、必ずお声がけ下さい。
- まつ毛には生えかわる周期があり、付けたまつ毛がすぐ落ちることがございます。
- まつ毛の生えていない部位には、まつ毛エクステを付けることはできません。
- 左右同様にエクステを施術しても、目の大きさ・形の違い、まつ毛の生え向きやまつ毛の本数などにより全く同じ仕上がりにならない場合がございます。
- まつ毛の健康状態や、太さ・長さだけでなく生活習慣によって持続力に大きく個人差があることをご了承下さい。
- 施術中、違和感・異常を感じた場合は、速やかに担当者にお知らせ下さい。また、施術者の判断により、施術を中断する場合がございますので、ご了承願います。
- 施術後、目に違和感や痒み、痛みなどがある場合は、無料にてエクステをオフさせていただきます。また、オフしても異常状態が続く場合は専門医にご相談ください。
- アレルギーや皮膚疾患の症状がある場合は必ずお申し出下さい。また、接着剤やリムーバー等によってアレルギーを引き起こす可能性のある場合も必ずお申し出下さい。お申し出がなく、上記の症状が出た場合、当サロンでは一切責任を負いかねます。

私はまつ毛エクステの施術を受けるにあたり、注意事項およびカウンセリングを受け、リスク等を十分理解し、施術を受けます。

※上記についてご理解、ご了承頂いた上で、ご同意のサインをお願い致します。

ご本人様

令和 年 月 日

ご住所

お電話番号

生年月日 平成 年 月 日 (歳)

ご署名

私は保護者として、まつ毛エクステを「Myrrha」で施術する事を、上記の項目全てに同意致します。

令和 年 月 日

ご住所

お電話番号

続柄

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)

保護者様ご署名

印

保護者にご連絡が取れない方は施術を受けることができない場合がございます。