

18歳未満のお客様のアイラッシュ施術に関する同意書

【保護者の方へ】

当サロンでは、18歳未満のお客様へのアイラッシュ施術(まつげエクステ・まつげパーマ等)を行うにあたり、保護者の同意を必須としております。以下の内容をご確認のうえ、ご署名をお願いいたします。

■ 同意内容

私は、以下の事項を理解し、同意のうえで施術を受けることを承諾します。

1. 施術に関する理解

- ・本人(未成年者)は、アイラッシュ施術(まつげエクステ・まつげパーマ等)を希望し、その内容について理解しています。
- ・施術には個人差があり、持続期間や仕上がりに影響が出る可能性があることを了承します。

2. リスクについて

- ・アイラッシュ施術により、目元やまぶたにアレルギー反応・肌荒れ・腫れ・かゆみ等が発生する可能性があることを理解しています。
- ・サロンでは安全な施術を心がけていますが、施術後のトラブルについては自己責任であることを了承します。

3. 施術後のケアについて

- ・適切なアフターケアを行うよう指導を受け、その内容を理解しました。
- ・施術後のトラブル(エクステの取れ・向き・持続の短さ等)について、サロンの保証ポリシーに従うことを承諾します。

4. 保護者の承諾

- ・本人が当サロンにてアイラッシュ施術を受けることを許可し、上記内容を了承したうえで承諾します。
 - ・施術に関するトラブルについて、サロン側に過失がない場合は一切の責任を問わないことを理解します。
-

■ 保護者情報

未成年者氏名: _____ (フリガナ: _____)

生年月日: _____年____月____日 (満____歳)

保護者氏名: _____

続柄: _____

連絡先(電話番号): _____

住所: _____

同意日: _____年____月____日

保護者署名(直筆): _____

