

～ 同 意 書 ～

以下の1～9の項目に該当しない事を同意します。

- 1.風邪薬などの抗生物質を含む薬を服用中
(抗ウイルス成分、抗生物質を含む薬を服用中の方は、表皮がもろくなっています)
- 2.Letin-A成分を含むニキビ薬や化粧品を使用中
- 3.脱毛予定箇所に2週間前までにピーリング及びそれに同等する処置を行った
- 4.脱毛予定箇所に日焼けの手入れをしている
- 5.皮膚病や脱毛希望箇所に疾患がある
(皮膚疾患・アトピー・ロジン(松ヤニ)アレルギー疾患・皮膚に何らかの
アレルギー症状がある方・かさぶたや怪我のある部位へは施術できません)
- 6.皮膚病の薬(抗ヒスタミン剤配合)を服用中
- 7.特別な化学治療中(ガン等の放射線治療など)
- 8.現在、薬を服用中 薬品名: _____
- 9.当サロンのブラジリアンワックス脱毛のガイドを読んでいない

肌の弱い方は、まれに出血・内出血になることがあります。施術前又は施術中にその可能性及び異常を感じた場合、施術者はサービスを中止する場合があります。

ワックス脱毛のサービスによるいかなる不具合にも、施術者及び当サロンは一切の責任を負いかねます。施術後皮膚になんらかの異常を感じられましたら、速やかに医師にご相談ください。施術後又は会計後の返金は一切致しかねますのでご了承ください。

年 月 日

ご署名: _____

※未成年のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及びエステティックサービスを受けられる場合、本承諾書にて親権者様のご承諾を頂いております。
カウンセリング時、親権者様のご同席が難しい場合、下記承諾書にご署名、ご捺印の上、被親権者様にお渡し頂き、弊社に必ずご持参するようお願いいたします。(ご持参なき場合、契約締結及びコース提供ができません)。

年 月 日

ご住所: _____

保護者名: _____

印

サロン使用欄

店印