

未成年者 アイブロウラミネート WAX 施術同意書

株式会社 Crossvi 御中 (乙)

私は、貴店 (乙) のアイブロウラミネート、WAX の施術を受けるにあたり、貴店又は貴店の従業員 (乙) より事前に説明される内容に基づき、その内容を承認の上、甲がアイブロウラミネート、WAX の施術を受ける事に同意します。

又、アレルギーをお持ちでない方、今までアイブロウラミネート、WAX を施術してアレルギーが発症しなかった方も、種類の違うセッティング剤(眉毛カールをつける為の薬剤、眉毛のムダ毛処理をする WAX)や、施術後、眉毛周りの皮膚が腫れる・痒くなる・赤くなるなどの炎症を起こす等のアレルギー症状が発症する事がある事を理解し、これらの事象が発症した場合でも、乙に対して医療費・慰謝料等の一切の損害賠償請求を行わない事を約束致します。

施術を受ける方 氏名 (甲) _____

生年月日 西暦 年 月 日 生まれ (才)

住所 〒

電話番号 (_____) _____

西暦 年 月 日

親権者 氏名 _____ 印 (続柄 _____)

住所 〒

電話番号 (_____) _____

※必ず親権者ご本人が署名・捺印して下さい