未成年者パリジェンヌラッシュリフト　および　メイクリフトカール施術同意書

株式会社Crossvi 御中（乙）

　私は、貴店（乙）の パリジェンヌラッシュリフト　および　メイクリフトカール 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、甲がパリジェンヌラッシュリフト　および　メイクリフトカール 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 パリジェンヌラッシュリフト　および　メイクリフトカール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（まつ毛にカールをつける為の薬剤）や、医療用テープの使用の際、施術後、目の充血・まぶたが腫れる・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　　年　　月　　日　生まれ　（　　才）

住所　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　（＿＿＿＿）＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿

令和　　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