

## 親権者様 各位

平素は格別のご愛顧をいただき、誠にありがとうございます。

弊社では、未成年(20歳未満)のお客様が、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、親権者(法定代理人)様の同意をいただいております。カウンセリング時に下記同意書にご署名・ご捺印の上、弊社に必ずご持参するようにお伝え願います(親権者様のご同席を推奨)。尚、カウンセリング当日に同意書のご持参がない場合は、当日の施術ができません。次回ご持参時の施術となります。

### 【エステティックサービス提供に際してのご注意】

※トリートメント禁忌とされている方は2枚目に記載がありますので、ご確認下さい。

※その他、お客様の体質・体調により施術を提供できない場合がございます。

## 未成年契約同意書

メンズ専門脱毛サロン MACH

ご契約者お名前 氏名 \_\_\_\_\_

ご契約者様生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)

私は上記未成年者の親権者(法定代理人)として上記の未成年者がメンズ専門脱毛サロン MACHにおいてエステティックサービスを受けること、および契約締結することを同意します。

記入日 20 年 月 日

親権者(法定代理人)の住所・氏名

氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄(\_\_\_\_\_)

住所(〒 \_\_\_\_\_ )

サロン使用欄

受領日:

担当者名:

※2枚目の禁忌事項のうち、いずれかが該当する場合トリートメントは原則として行う事ができません。

ご確認の上、ご記入お願い致します。

下記に該当される場合は、施術ができません。事前にご確認をお願いします。

- 体調不良の方
- ケロイド体質の方
- 美容、医療機関での治療(施術)後1週間以内の方
- 薬を服用されている方
- 感染症、その疑いのある方
- 疾患お持ちの方、疾患病歴のある方
- 光線過敏症、てんかんの方
- 色素欠乏症
- 緑内障・白内障の方(顔脱毛不可)
- 過度の日焼けをされている方 or
- 2週間以内に日焼けの予定がある方
- 心疾患、肝臓病、お持ちの方
- 血管病、血管障害をお持ちの方
- ペースメーカーを使用されている方
- 血栓症、血栓性静脈炎を患っている方
- 抗凝血性を患っている方
- 移植を行った方
- 大きな人工関節を使用されている方
- 糖尿病の方
- 施術部位に手術歴や既往症がある方
- ステロイド薬を服用されている方
- 神経刺激器のインプラント(補聴器など)を使用されている方