

未成年者パリジェンヌラッシュリフト施術同意書

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、今までまつげパーマやまつげエクステンションを施術してアレルギーが発症しなかった方も、種類の違う溶剤や、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 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