

【親権同意書】

眉スタイリング・ハリウッドブロウリフト（ワックス脱毛）を受ける方

氏名 _____ 生年月日 _____ 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MAISONにおいて眉のワックス脱毛を受けることを承諾します。

肌状態によって施術が出来ない場合がございますので、ご了承ください。

- ・アトピー性皮膚炎
- ・極度の乾燥
- ・日焼けされた肌
- ・ピーリング化粧品の使用、ピーリング施術を受けて2週間以内
- ・ステロイド系、抗ヒスタミン系の外用薬、内服薬を使用している方

肌の弱い方は、稀に出血や内出血してしまう場合がございます。

施術前又は、施術中に可能性及び異常を感じた場合は施術を中断させて頂く場合がございます。

又、万が一肌トラブルが出てしまった場合は当店は一切の責任を負いかねます。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者様（法定代理人）の氏名・ご住所

氏名 _____ 印 続柄 _____

住所 〒 _____

連絡先 _____

MAISON