

プラスムーセルフ美容脱毛に関する同意書

親権者様各位

10～15歳(小学生・中学生)のお客様が当店をご利用される場合、親権者様(法定代理人)・ご家族様のご同意及びご同伴をお願いしております。また、16～19歳(高校生または高専生)のお客様には親権者様(法定代理人)・ご家族様へご同意をいただいております。下記の同意書について、ご署名・ご捺印をお願いいたします。ご来店時に本同意書をご持参ください。

注意事項及び免責事項

【脱毛ができない箇所】目の周り(皮膚の薄い場所)／唇／デリケートゾーンの粘膜部分／大きなホクロ、刺青、タトゥーが入っている部分とその周辺／怪我の患部／肌トラブルを起こしている箇所

【脱毛をお断りする場合】妊娠中の方／体調が優れない方／肌トラブルを起こしている方／持病をお持ちの方(ご相談ください)／感染症をお持ちの方／ワクチン接種直後の方

【免責事項】

下記につきまして当店での責任を負いかねます。

○スタッフの説明や店内掲示の注意事項等に従わず、各種事故が発生した場合○施術によるお肌トラブル○店内における所持品等の紛失や怪我

[記入日] 西暦 年 月 日

セルフ脱毛サロン プラスムー 御中

私は上記の注意事項及び免責事項の内容を確認し、下記契約者がセルフ脱毛サロンプラスムーとの間で、セルフ美容脱毛の施術を請けることに同意します。

※必ず親権者様またはご家族様をご記入・捺印ください。

【●契約者との関係】 親権者様(法定代理人) ご家族様(父母・祖父母) その他()

[続 柄]

[氏 名] ① [生年月日] 西暦 年 月 日

[住 所] 〒

[連絡先] (電話) - - (携帯電話) - -

【●契 約 者】 小学生 中学生 高校生・高専生 その他()

[氏 名] [生年月日] 西暦 年 月 日

[住 所] 〒