

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、未成年の方に関しましては、中学生以上の方からカウンセリング及びエステティックサービスをお受けしておりますが、中・高校生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希望される場合、親権者様のご同意が必要となります。

下記項目をご記入頂き、親権者様のご署名・ご捺印の上、サロンご来店時に必ずご持参頂きますようお願いいたします。

【エステティックサービスについて】

当サロンでは光脱毛の施術を行うにあたって以下の方は施術をお断りしております。
その他カウンセリング時に状態によっては、施術を受けられない場合もございますのでご了承ください。

【禁忌事項】

※該当するものがある方は、施術をお受け致しかねますのでご了承ください。

・既往症

（ がん・重症高血圧・糖尿病・心臓疾患・冠動脈症・腎不全・伝染病・ケロイド体質
静脈瘤・静脈炎・クモ状血管静脈・うつ・てんかん・その他(病名:) ）

・埋め込み式ペースメーカー、心臓細動除去器、電気除細動器などを使用している

・妊娠中

・光アレルギー及び光を禁忌とする薬を内服されている方

「パーツ脱毛専門店 MIXUP!!」 未成年者承諾書

株式会社オプティカルボルテックス東京 御中

私は、上記エステティックサービスについて理解し、禁忌事項に該当する者はありません。

(フリガナ)

ご契約者様お名前 氏名 _____

ご契約者様生年月日 平成 年 月 日 (歳)

私は、上記未成年者の親権者として、上記未成年者が株式会社株式会社オプティカルボルテックス東京(パーツ脱毛専門店 MIXUP!!)において、エステティックサービスを受けることを承諾します。

平成 年 月 日

続柄 () 親権者様 氏名 _____ 印 _____

親権者様 住所 _____

(連絡先) TEL _____

サロン記入欄 受領日: / / サロン名: 担当者名: 会員番号: