

ケラチンラッシュリフト承諾書

クリアボーテ御中

同意日 西暦_____年____月____日

- ・私は、下記未成年者の親権者（法的代理人）として下記の未成年者がクリアボーテにおいてまつ毛カールを受けることを承諾します。
- ・まつ毛カールのサービスによる技術者は一切の免責を負わないことを承諾します。

記

未成年者(ケラチンラッシュリフトを受ける方)

氏名_____⑩

TEL _____ 生年月日 西暦_____年
月 _____ 日

親権者(法定代理人)

住所

氏名_____⑩

TEL _____

携帯_____ 当該未成年者との続柄()

【20歳未満のお客様へのお願い】

この度は、当店のケラチンラッシュリフトをお申込みいただき誠にありがとうございます。
20歳未満のお客様は保護者の方の同意が必要となりますので、以下の必要事項にご記入いただき、
施術当日にお持ちください。
承諾書のご持参がない場合や、書類に不備がある場合、当日の施術はお受けできません。次回ご持参時の施術となります。

【親権者様各位】

弊社では20歳未満の未成年のお客様がケラチンラッシュリフトを受けられる場合、親権者(法的代理人)様の承諾をいただいております。
まつ毛カールは正しく施術しても、その日の体調や季節によってアレルギー等の症状(赤み・腫れ・かゆみ等)があらわれる場合もあります。親権者(法的代理人)様のご署名・ご捺印の上、施術当日にご持参ください。初回に提出いただきましたら、その後は必要ありません。

販売サロン



ClearBeaute

～まつ毛&ハーブエステ専門店～

クリアボーテ

〒124-0012 東京都葛飾区立石1-10-5 2F

TEL 03-5671-5515