

まつげエクステンション施術に関する同意書

下記の項目に該当される方、同意いただけない方はまつげエクステンションの施術を受ける事ができない場合がございます。あらかじめご了承ください。

1. 目または皮膚に病気のある方、眼科や皮膚科等の医療機関に通院されている方。
2. 目または皮膚のアレルギーをお持ちの方。病名・症状()
3. 結膜炎になられている、なりやすい方。
4. 以前、似たような施術により何らかのトラブル、病気になられた方。
5. その他、施術に関して不安がある方。

注意事項

- ・施術中は目を開けないようにしてください。目を開けますと充血したり、しみる場合があります。
- ・万が一目を開けられて、目や皮膚に異常が起きた場合、責任を負いかねますのでご了承ください。
- ・また、接着剤が合わないために皮膚に腫れや炎症がおこることがありますので、アレルギー体質の方
- ・以上のことに気をつけて施術を行いますが、まれに違和感などが起こる場合もございます。施術後1週間以内は無料で除去いたしますのですぐにご連絡ください。
- ・当店は施術前に消毒を行っておりますので、ものもらい等は無料除去の対象になりません。
- ・まつ毛エクステンションは永久ではございません。ご要望事項は施術前(カウンセリング時)にご確認いただき、施術後の変更は後日有料となります。

そのときの気温や湿度、お客様の体調や毛周期などにより数日で取れる可能性があります。施術中及び施術後の身体に関する異常につきましては責任を負いかねますので、ご了承ください。もしも、目や皮膚になんらかの異常を感じられましたら、速やかに医師にご相談ください。施術後、お会計後の返金は一切致しかねますのでご了承くださいませ。

同意書

まつげエクステンションを行うことについて、上記の項目全てに同意致します。

年 月 日

ご連絡先:

年月日:

ご本人様ご署名:

(18歳以下の方のみ) 保護者様ご署名: