

※15歳以上18歳未満のお客様対象  
【15歳未満の方はご利用になれません】

## 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、未成年のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及びまつげパーマの施術をご利用いただく場合、本同意書にて親権者様のご承諾をいただいております。

親権者様のご署名・ご捺印の上、カウンセリング時に必ずご持参頂きますようお願いいたします。  
お忘れになると、カウンセリングを受けられませんのでご注意ください。

## ※親権者様ご本人が署名・捺印してください

※記入内容確認のため、お電話をする場合がございます

※同意書に不備があるときは、**当日の施術はを受けられません**のでご注意ください

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません

※施術後の払い戻し、返金は致しておりません。

※ご記入いただいたコース以外、または継続してご利用いただく場合、その都度同意書が必要となります。

裏面の注意事項をご確認いただき、ご理解・ご了承を頂いた上で、ご同意のサインをお願い致します。

## 未成年者施術同意書

## worb. 御中

私は、下記未成年者の親権者（法廷代理人）として、下記の未成年者がstep株式会社が運営するworb.で行われる、まつげパーマの施術を受けることを承諾し、その申込に同意します。

## 【ご利用者】

フリガナ	.....	生年月日：	年	月	日	(	歳	)
お名前	.....	電話番号：						
住所	〒 .....							
ご利用コース名	<input type="checkbox"/>	￥	×	回	￥	(税込)		
	<input type="checkbox"/>	￥	×	回	￥	(税込)		
	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....	.....		
	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....	.....		
合計金額 ￥						(税込)		

【親権者（法廷代理人）】

ご記入日

年 月 日 ( )

店舗記入欄

受領日	/ /	担当
-----	-----	----

フリガナ	印	電話番号：
お名前		携帯電話：
〒 住所	続柄：	

まつけパーマ・パリジェンヌラッシュリフト注意事項・同意書

本日はご来店いただきありがとうございます。

お客様により安心してご利用いただくため、下記の内容を必ずご確認ください。

- 美容液配合カール液は安全基準を満たす物を使用しておりますが、体のコンディションが悪い、免疫力が低下している等の場合、稀にアレルギー反応を起こすことがあります。その際は施術をお断りさせていただく場合がございます。
  - 目元の弱い方は、カール液が揮発する際、目にしみることがございます。
  - まつけカールはコンタクトをしたままの施術が出来ません。
- ※ソフトコンタクトレンズは万が一、カール液が目に入った場合、色素沈着を起こす可能性があります。ハードコンタクトレンズの場合は、割れてしまう危険があります。
- 施術当日は必ずメガネでのご来店をお願いいたします。
- ビューラーをされてのご来店での施術希望の場合、仕上がりや持続力が悪くなることをご了承下さい。
  - マスカラをされてのご来店の場合こちらで落とすこともできますが（お客様ご自身での洗顔）マスカラの成分が落としきれずカールの掛け具合が悪くなることがあります。また、洗顔により次のお客様のご予約に影響がある場合は、カール液の放置時間を短縮することをご了承下さい。（上記の際の料金の割引やお直しはいたしかねます。）
  - アイプチや付けまつけ用のノリでかぶれた事がある方は施術をお断りさせていただく場合がございます。必ず事前にお申し出ください。
  - アレルギーや皮膚疾患等お持ちの場合は必ず事前にお申し出ください。  
事前のお申し出がなくアレルギー反応等ございました場合、トラブルの保障や返金等含め、当サロンでは一切の責任を負いかねます。
  - 万が一、毛質と商材などの相性でパーマがかからなかった場合は、  
当日、もしくは後日（1週間以内）でのお直しのご対応とさせて頂きます。  
ご返金は致しかねますので、ご了承下さい。
  - アレルギーが心配なお客様にはパッチテストをお薦めしております。  
※パッチテストをご希望の場合、当日通常の施術は出来ません。

パッチテストの有無をチェックしてください

希望する  希望しない

- 私は施術を受けるにあたり施術内容と注意事項の説明を理解し、自身の意思で施術を申し込みます。

記載内容についてご理解・ご了承をいただいた上で、ご同意のサインをお願い致します。

年           月           日（  ）  ご署名