

未成年者様同意書

当店の施術はシュガーリング脱毛です。

水・砂糖でできた温かいペーストを肌に塗布し、毛に絡めて脱毛を行う方法です。

自然素材を使用しており、薬剤や機器を使用しませんので、安全で効果的ではありますが、未成年者様においては施術後の皮膚疾患が起こる可能性についてご本人様と保護者様のご理解が必要です。

ご自身の判断のもと、施術を希望される場合は以下に回答し、同意をお願いいたします。

【施術条件】

保護者からの同意を得ていること。

上記条件に該当しない場合は施術をお断りさせていただきます。

以下の質問および同意事項を確認されましたら□にチェックをお願いいたします。

① シュガーリング脱毛施術を行うことについて

保護者は 理解している 理解していない 伝えていない

② ご家族のどなたにお話しされましたか

お父様 お母様 その他（ ）

シュガーリング脱毛で起こりうる皮膚のトラブル等について施術者より事前に説明を受け、十分に理解した

ご本人 はい、十分に理解しました 説明を受けていない

保護者 はい、十分に理解しました 説明を受けていない

【同意事項】

私 _____ は当サロンでのシュガーリング脱毛施術を受けるにあたり、納得をしたうえでトリートメントの予約をいたします。健康上の異常はありません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

未成年者様 ご本人 ご署名

保護者様 ご署名
