

## アイラッシュ施術に関する同意書

アイラッシュを安心して受けていただく為、下記内容を必ずご確認ください。

### グルーについて

- 当サロンでは安全なグルーを使用しておりますが、敏感肌の方・体調が優れない方や免疫力が低下している場合、まれにアレルギー反応を起こす場合がございます。その場合は、施術をお断りさせていただくことがありますので、ご了承ください。
- グルーが目に入ることはありませんが、揮発成分で目がしみる場合がございます。その際はお声かけください。

### お客様について

以下に該当されるお客様は施術をお断りさせていただく事がありますので、お申し出ください。

- 18歳未満の方は保護者の同意書が必要になります。
- 目や瞼に疾患がある方。
- 極端にまつげの痛みが激しい方。
- 瞼の美容整形直後の方。
- 施術に関して不安のある方。

また、下記項目に該当するお客様はアイラッシュにより、痒み・かぶれ・その他の異常が発生する場合があります。ご自身の判断となりますが、ご心配な場合は施術をお控えいただくようお願いいたします。

- 過去アイラッシュ施術の際、瞼の痒み・腫れなど異常があった方。
- 過敏体質【アレルギー症状】で、化粧品等で肌トラブルの経験のある方。

## 18歳未満の方 施術同意書

18歳未満のお客様は、保護者様の同意書が必要となります。  
なお、校則等の責任は当サロンでは責任を負いかねますので予めご了承ください。

### ご本人様

西暦           年           月           日

ご住所

お電話番号

生年月日           年           月           日

ご署名

### 保護者様

私は保護者として、アイラッシュを【EYELASH SALON claire】で施術することを、別紙の項目  
全てに同意いたします。

西暦           年           月           日

ご住所

お電話番号

生年月日           年           月           日

保護者様ご署名

続柄

印