

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、7歳以上の未成年のお客様がカウンセリング及びエステティックサービスを受けられる場合、親権者(法定代理人)様の承諾をいただいております。カウンセリング時に親権者様のご同席が難しい場合は、下記承諾書にご署名・ご捺印の上、弊社に必ずご持参するようにお伝え願います。尚、カウンセリング当日に承諾書のご持参がない場合は、当日の契約締結ができません。次回ご持参時の申し込みとなります。

【コース提供に際してのご注意】

※トリートメント禁忌とされている方は裏面に記載がありますので、ご確認下さい。

※その他、お客様の体質・体調によりコース提供できない場合がございます。

※カウンセリング当日に弊社担当カウンセラーから法定代理人親権者様へ確認のご連絡をさせていただきます。親権者様のご署名欄にごございます連絡先のご記入もお願い致します。

未成年契約承諾書

Beauty Design LALUCE

ご契約者お名前 氏名 _____

ご契約者様生年月日 西暦 年 月 日 (才)

私は上記未成年者の親権者(法定代理人)として上記の未成年者が Beauty Design LALUCE においてエステティックサービスを受けること、および契約締結することを承諾します。

記入日 20 年 月 日

親権者(法定代理人)の住所・氏名

氏名 _____ 印 続柄(_____)

住所(〒 _____)

サロン使用欄

受領日:

担当者名:

※次の禁忌事項のうち、いずれかが該当する場合トリートメントは原則として行う事ができません。

ご確認の上、ご記入お願い致します。

下記に該当される場合は、コース提供ができません。事前にご確認をお願いします。

- 妊娠中もしくは妊娠が疑われる方
- 生理中の方
- 産後 2 か月以内の方
- 心疾患、肝臓病、お持ちの方
- 血管病、血管障害をお持ちの方
- ペースメーカーを使用されている方
- 血栓症、血栓性静脈炎を患っている方
- 抗凝血性を患っている方
- 移植を行った方
- 大きな人工関節を使用されている方
- 糖尿病の方
- てんかんの方
- 施術部位に手術歴や既往症がある方
- ステロイド薬を服用されている方
- 神経刺激器のインプラント(補聴器など)を使用されている方