

親権者様 各位

平素は格別のご愛顧を頂き誠にありがとうございます。当店では、19歳未満のお客様が光脱毛を受けられる場合、親権者（法定代理人）様の承諾を頂いております。下記承諾書に親権者（法定代理人）様（1名）のご署名・ご捺印の上、初回予約日に記入捺印の上ご持参頂くか、当日のご記入をお願い致します。

【光脱毛トリートメントについての注意】

下記に該当される場合は施術できない場合があります。施術前に必ずご確認ください。

◆脱毛部位がシェービングされていない場合（自己処理が難しい部位についてはこちらでシェービングさせていただきます。）

◆照射部位が日焼けしている、照射後、1週間以内に照射部位を日焼けする場合

◆てんかん、光過敏症、ヘルペス ◆ペースメーカー等医療電子機器を使用されている場合

◆肝斑、ホクロ、あざ、瘢痕部、炎症部（但し、その部位を避けて照射すればOK）

◆妊娠中、授乳中、生理中の場合（生理中の場合、本人の承諾があれば可）

◆急性疾患（風邪など発熱を伴うもの）◆悪性腫瘍・感染症をお持ちの方

◆光アレルギー・光感受性の高い薬を内服・外用中の方

◆重度のケロイド体質、アトピー体質、敏感肌、皮膚疾患の場合

◆他店で光脱毛を受けられた際に肌トラブルが起きた事がある方

※未成年者の場合、成長期のホルモンバランスの変化により、今まで減毛していた部位から発毛する場合がございます。予めご了承ください。

光脱毛トリートメント 承諾書

トータルボディケア リアライズ 御中

(受けられる方のお名前)

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

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施術を受けるにあたり、注意点を確認・理解した上、光脱毛の施術を受ける事を承諾します。

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者(法定代理人)の住所・氏名

住所〒 \_\_\_\_\_

連絡先 (自宅・携帯) \_\_\_\_\_

ふりがな

続柄( \_\_\_\_\_ ) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)