

～ 同意書 ～

以下に該当しないことを同意します

- ・風邪薬など抗生物質を含む薬、ステロイド薬を服用中
(抗ウィルス成分、抗生物質を含む薬、ステロイド薬を服用中の方は、表皮がもろくなっています)
()
- ・ Letin-A 成分を含むニキビ薬や化粧品を使用中
- ・ 脱毛予定箇所に 2 週間前までにピーリング及びそれに同等する処置を行った
- ・ 脱毛予定箇所に日焼けの手入れをしている
- ・ 皮膚病や脱毛希望箇所に疾患がある

(皮膚疾患・アトピー・ロジン(松ヤニ)アレルギー疾患・皮膚に何らかの
アレルギー症状がある方・かさぶたや怪我のある部位へは施術できません)
- ・ 皮膚病の薬(抗ヒスタミン剤配合)を服用中
- ・ 特別な化学治療中(ガン等の放射線治療など)
- ・ 現在、薬を服用中 薬品名:
- ・ 当サロンのブラジリアンワックス脱毛のガイドを読んでいない

肌の弱い方は、まれに出血・内出血になることがあります。施術前又は施術中にその可能性及び異常を感じた場合、施術者はサービスを中止する場合があります。ワックス脱毛のサービスによるいかなる不具合にも、施術者及び当サロンは一切の責任を負いかねます。施術後皮膚になんらかの異常を感じられましたら、速やかに医師にご相談ください。施術後又は会計後の返金は一切致しかねますのでご了承ください。

年 月 日 　　ご署名：

お得なキャンペーンのお知らせをメールで差し上げててもよろしいですか？　　YES・NO