

このたび、下記の未成年者に対し、以下の美容施術を行うことについて、保護者である私が内容を理解し、同意いたします。

☐ まつげエクステンション  
☐ アイブロウスタイリング  
☐ ラッシュリフト（まつげパーマ）  
☐ その他（ ）

1. 上記施術内容について十分な説明を受け、理解した上で同意します。
2. 施術によって発生する可能性のあるリスクや肌トラブルについても理解しています。
3. 万が一、施術後にトラブルが生じた場合でも、サロンの責任を追及しないことに同意します。
4. 本同意書の内容について虚偽の記載がないことを誓います。

氏名： \_\_\_\_\_  
 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）  
 連絡先（携帯等）： \_\_\_\_\_

氏名：  
続柄：(例：母、父)  
住所：〒  
電話番号：  
署名：  
記入日： 年