同意書

私は、以下の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け納得した上で、まつ毛パーマを受けることに同意します。

１．まつ毛パーマは医療行為ではありません。いかなる症状についても医療行為を代替するものではありません。何か症状のある場合には医師の指示に従ってください。

２．まつ毛パーマは美容行為であり、美容師による施術を行います。

３．下記に該当する症状や事情がある場合、まつ毛パーマをご提供できないことがあります。また、まつ毛パーマ中に、下記の症状がみられた場合は、まつ毛パーマを中止する場合があることに同意します。

　・過去にまつ毛パーマを受けた際、目や目の周りに以上が発生したことがある

　・過去に目や目の周りに大きな病気をしたことがある

　・医師から安静をすすめられている

　・パーマ液で皮膚に異常が発生したことがある

　・予防接種から三日以内

４．施術後の効用、効果は必ずしも絶対的ではなく、個人ごとに違いがあります。副作用が発生することもあります。施術後のすべての事象に対して責任を負うことはできません。不安を感じる場合は施術を受けることをお控えください。

　　　年　　月　　日

住所：

氏名：