

施術中及び施術後の身体に関する異常につきましては責任を負いかねますので、ご了承ください。

もしも、目や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、お会計後の返金は一切致しかねますのでご了承くださいませ。

同意書

本日まつ毛エクステーションを行うことについて、上記の項目全てに同意致します。

年月日 年 月 日

保護者様ご署名
ご連絡先

年月日 年 月 日

ご本人様ご署名
