

未成年者の方が当サロンの施術を受ける場合は、保護者の方の同意が必要となります。こちらのPDFファイルを印刷し、必要事項を記入捺印の上ご来店の際に必ずご提出下さい。

## まつげエクステーションに関するご説明と施術同意書

以下の内容を必ずお読みいただき、十分にご理解いただいた上で、本同意書にご署名し、施術をお申し込み下さい。

### 《まつげエクステーションとは》

まつげエクステーションとは、まつ毛を長く濃く見せるために行うメイクアップ技術で、接着剤（グルー）を用いて、まつ毛に類似した人工毛をまぶたから1～2mmほど離してまつ毛に装着するものです。

### ◆施術を受けることができないお客様について

下記の項目に該当される方は、施術をお受けいただくことができませんので、該当しない方はチェックボックスにチェックいただき、該当すると思料される方はスタッフまでご申告ください。

#### 1. 目や目元周りの病気をお持ちの方

(現在皮膚科または眼科、その他の医療機関へ通院されている方のみならず何等かの症状がある方。)

#### 2. 現在皮膚または目のアレルギー症状をお持ちの方

#### 3. 過去にまつげエクステーション等の施術により何らかの異常・トラブルがあった方

#### 4. 逆さまつげの方、極端に自まつ毛が傷んでいる方

#### 5. 今後2か月以内に目元の周りの整形手術、レーシック、アートメイク、眼球又は目元周りの眼科医療手術をされる方、または過去2か月以内にこれらをされた方

#### 6. コンタクトレンズの長期装用、日焼け等眼球や目元周りに負担のかかる行為を施術前に行っていた方

私は、以上のいずれの項目にも該当しません。

### 《 注意事項 》

下記の注意事項をよくお読みになり、ご心配がある場合には施術をお控え頂くようお願いしております。

#### ア 接着剤について

まつ毛エクステーションは、低刺激で施術時に負担の少ない専用接着剤を使用しておりますが、製品特性として揮発性成分が含まれておりますので、体質に合わず、アレルギー症状が出る方もいらっしゃいます。

化粧品でお肌に異常を感じた経験がある等ご心配がある場合には、施術前にパッチテストを行うことをお勧めいたします。

(※パッチテストをご希望の方は当日の施術は致しかねます。)

私は、パッチテストを希望  します /  しません (○印をお願い致します。)

#### イ お客様の体調等について

お客様の体調の変化、ホルモンバランスの乱れ、ストレス、睡眠不足、疲れなどによっても皮膚が敏感になりトラブルが起こる可能性があります。お客様ご自身のご判断で施術をお受けになる場合は、十分ご注意ください。また、自まつ毛の状態によっては、施術中装着本数等を調整させていただく場合があるほか、施術後まつ毛が抜けやすくなる可能性もあります。

#### ウ 施術中及び施術後の異変があった場合について

施術中に目の痛み、沁み、かゆみ、異物感等の異変・違和感があった場合には、直ちにスタッフにお申し出ください。そのような場合、スタッフの判断で施術を中断する場合がございます。また、施術後に、目の痛み、沁み、かゆみ、異物感、大幅な充血、まぶたの腫れ等の異変や違和感がありましたら、速やかに当店にご連絡頂くとともに、速やかに専門の医療機関の診察をお受け下さい。

#### エ お直し（リペア）について

施術後、気温や湿度、お客様の健康状態、自まつ毛の状態（傷みや、長さ、まつ毛パーマをしている等）や毛周期などにより数日で取れる可能性があります。

当サロンに故意または重過失が無い限り、期間に関わらず、取れた本数のお直しは有料になります。

#### オ 返金について

お会計後の返金は、当サロンに故意または重過失が無い限り、一切致しかねますので予めご了承ください。

#### カ 施術中及び施術後の身体に関する異変に係る免責について

当サロンでは、当サロンに故意または重過失が無い限り、一切損害賠償責任を負いかねますのでご了承ください。

#### キ アフターケアについて

施術後は、ご自身で十分管理ください。サウナ・ジム・プール・ホットヨガ・フェイシャルエステ等高温の環境や汗を頻繁にかいた場合にはまつげエクステンションが取れやすいのでご注意ください。

また、濃いアイメイク・ビューラー等の使用・目を強くこする・オイル成分配合のクレンジングや洗顔料・化粧品の使用でも同様にまつげエクステンションが取れやすいのでご注意ください。

その他、施術に関してご不明な点がございましたらスタッフまでお申し付けください。

東京都港区北青山三丁目5番25号  
株式会社アイランド 御中

未成年者施術同意書

[未成年者ご本人様]

私は、貴サロンにおいて、上記まつ毛エクステンションについての説明を受け、注意事項やリスク等を十分に理解した上で施術を受けます。今後、貴サロンに対していかなる不当な要求や異議等を申し立てません。  
なお、貴サロンが、私が所属する学校の校則等について責任を負わないことについても、同意します。

年 月 日

ご住所

生年月日 年 月 日 ( 歳)

ご署名 ⑩

[保護者様]

私は、上記未成年者の保護者として、当該未成年者が、上記内容にて貴サロンでまつ毛エクステンションの施術を受けることに同意します。

年 月 日

ご住所

続柄

ご署名 ⑩