

セルフ脱毛コース 利用同意書

1. 「セルフ脱毛」は除毛、減毛を目的に行われる光脱毛と理解し、下記の内容を十分理解した上で、事故の無いよう自己責任で機械操作を行うことを約束いたします。
2. 当脱毛機は、永久脱毛でない事を理解しました。
3. 当脱毛機を使用する時は、保護用メガネを必ず着用します。
4. 光脱毛は一度の使用で効果の現れるものではない事を理解しました。
5. 同一部位への脱毛は、3週間あけて行うことを理解しました。
6. 脱毛効果には、それぞれの成長毛周期や体質などの個人差がある事を理解しました。
7. ペースメーカーなどの電磁障害の影響を受けやすい体内植え込み型医療電子機器は使用していません。
8. 光過敏症、光に関するアレルギーはありません。
9. パッチテストを行い異常がない事を確認した上で使用します。
10. 現在、直近に薬を服用している場合は医師と相談の上使用する事を理解しました。
11. 脱毛部位における体毛の事前処理を理解しました。また、毛抜きでの処理はしません。
12. 禁止部位への使用は絶対にしない事を約束します。
13. 口周辺への照射は、唇、目の保護に注意しながら行う事を理解しました。
14. 同じ部位への2度打ちは絶対にしない事を約束します。
15. 使用後は清潔を心がけ、当日の入浴、プールは避け、海水浴は3日間避けることを理解しました。
16. 心臓病・喘息・てんかん・ケロイド体質の方は医師との相談の上使用することを理解しました。
17. 使用部位は紫外線に十分注意し、絶対に3日間は日焼け行為をしない事を理解しました。
18. 使用後のお肌のトリートメントは自己において行うことを理解しました。
19. 脱毛当日前後（前後12時間）のアルコール摂取、運動を控える事を理解しました。
20. 使用中に異常を感じた場合は、直ちに使用を中止する事を理解しました。
21. 指示に従って使用しなかった場合、使用中止を依頼されても異議はありません。
22. 店舗での説明を十分理解し、誤った操作をしない事を約束し自己責任のもと機械を使用する事をお約束します。
23. チェックは私本人が行いました。

① 年 月 日
氏名

② 年 月 日
氏名

③ 年 月 日
氏名

④ 年 月 日
氏名

⑤ 年 月 日
氏名

⑥ 年 月 日
氏名

⑦ 年 月 日
氏名

⑧ 年 月 日
氏名

⑨ 年 月 日
氏名

⑩ 年 月 日
氏名

⑪ 年 月 日
氏名

※20歳未満の方は、下記欄に保護者の承諾
が必要です。

⑫ 年 月 日
氏名

ご記入日 年 月 日
住所
氏名

㊟