

年 月 日

No. _____

承諾書および同意書

フリガナ	
お名前	
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 _____
電話番号	
メールアドレス	
職業	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (紫外線 / 金属 / アルコール / その他)

- ・ 施術中に痛みやかゆみが生じた場合はすぐに申し出てください。
- ・ 皮膚疾患がみられる場合、施術できない場合があります。
- ・ ご自身で無理やり除去されますと、自爪を痛める原因となります。
- ・ お爪の状態によってはお直しできない場合もございます。
- ・ 施術後、浮いてきたり、亀裂が入ったまま放置されますと、爪の疾患につながる恐れがありますので、お直しにご来店ください。判断が難しい場合は一度ご相談ください。

個人情報の取り扱いについて

- ・ 当サロンは、ご提供いただいた個人情報を第三者へ開示いたしません。
- ・ お問い合わせ、ご相談等への対応や、キャンペーンに関するご連絡等で利用いたします。
- ・ あらかじめ、同意または承諾いただいている場合や、法令等に基づく場合はこの限りではありません。

上記内容について理解しました。

ご署名 _____