

# 施設利用同意承諾書

私は以下の条件のもとで、コンシェルブランでセルフエステを行うことを同意、承諾します。

- エステティックサロンのトリートメントは治療ではありません。いかなる症状についても、処置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。
- 下記に該当する事態が発生した場合、施設を利用できない事があります。又、利用前や利用中に、下記の症状がみられた場合は即トリートメントを中止していただき店舗スタッフに連絡することを承諾します。
  - ・ 高血圧
  - ・ 妊娠中（5カ月まで） ・ 又は妊娠の可能性がある
  - ・ 風邪／その他の疾患
  - ・ 炎症による発熱（37℃以上）がある方
  - ・ 腹部疾患
  - ・ 施術対象部位に腫瘍。湿疹等があり、炎症やかゆみがある場合
  - ・ 血栓／重症の内臓疾患で治療中の方（人工透析等）
  - ・ 施術部位の骨折や手術などの治療から1年未満の場合
  - ・ 施術部位の関節とその周囲に炎症や腫れ、痛みがある場合
  - ・ 動脈瘤、ひどい静脈瘤
  - ・ 飲酒中
  - ・ 過去に大きな病気をしたことがあり、現在も治療中及び投薬中である場合
  - ・ 著しく体力が低下している方
  - ・ 出血がある
  - ・ 申込時に申請されずに利用中に発生した突発的な症状（アレルギーなど）が起きた場合
  - ・ 抜歯後、一周間以内である場合
  - ・ 予防接種から3日以内である場合
  - ・ その他、通院中や気になる症状がある場合は、必ず事前に医師にご相談ください
  - ・ コロナ禍において緊急事態宣言など発令された場合自治体の要請に従い利用制限が出た場合
  - ・ 施設の注意喚起に従って頂けない場合
- 同意書は署名年月日より5年間保管され、全てのトリートメント上記内容が有効となることに異存ありません。

コンシェルブラン御中

年 月 日

署名

印