

親権同意書

フェイシャルテーピングを受講される方のお名前

氏名 _____

生年月日 西暦 年 月 日 (歳) _____

1. 私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として上記の未成年者が日本フェイシャルテーピング協会においてフェイシャルテーピングのレッスンを受けることを承諾します。
2. 肌状態によってフェイシャルテーピングが出来ない場合がございますので、ご了承ください。（アトピー性皮膚炎、極度の乾燥、日焼けされた肌、フォトフェイシャルなどのピーリング施術を受けて 2 週間以内、ステロイド系、抗ヒスタミン系の外用薬、内服薬を使用している方）
3. 肌の弱い方は、痒みや炎症が出てしまう場合がございます、異常を感じた場合はフェイシャルテーピングを中断させて頂く場合がございます。
また、万が一肌トラブルが出て 1 週間以内に状態が改善されない場合、日本フェイシャルテーピング協会が治療費等の補償を致します。

記入日 西暦 年 月 日 _____

親権者様(法定代理人)の住所・氏名

氏名 _____ ④ 続柄(_____)

(〒 _____)

住所 _____

連絡先(TEL) _____

日本フェイシャルテーピング協会 (JFTA)
管理会社 メディカル・エイド株式会社