

医療アートメイク ARUB 殿

## 同意書

私(続柄： )は、 \_\_\_\_\_ が受ける眉毛アートメイクの施術について、  
リスク・経過について理解し、施術を受けることに同意します。

令和 年 月 日

お子様の氏名 \_\_\_\_\_

父母又は保護者の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

お子様との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_