

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 _____