

미성년자 시술 동의서

환자 정보	이름		생년월일		성별	
	연락처					

법정 대리인	이름		생년월일		성별	
	연락처				관계	

시술일자	년	월	일
시술내용			

상기 법정 대리인은

샤인빛의원에서 부작용과 주의사항에 대해 충분한 설명을 듣고

_____이(가) 시술을 하는 것에 동의하며,

시술한 것에 대하여 이의를 제기하지 않겠으며,

법정 대리인 정보를 허위 작성하여 발생하는 법적 책임은 상기 법정 대리인 본인에게 있습니다.

작성 일자 : 년 월 일

환자 본인 : (인)

법정 대리인 : (인)