

# 미성년자 시술동의서

환자정보

성명 :

생년월일 :

연락처 :

법정대리인

성명 :

생년월일 :

연락처 :

관계 :

상기 법정 대리인은

닥터메이크의원에서 부작용과 주의사항에 대해 충분한 설명을 듣고

\_\_\_\_\_이(가) 시술을 하는 것에 동의하며,

시술한 것에 대하여 이의를 제기하지 않겠으며,

법정 대리인 정보를 허위 작성하여 발생하는 법적인 책임은

상기 법정 대리인 본인에게 있음을 확인합니다.

20    년    월    일

\_\_\_\_\_ (서명)