미성년자 시술 동의서

환자 본인 정보	이름		주민등록번호 뒷자리포함		연락처	
	주소					

법정 대리인 정보	이름		주민등록번호 뒷자리포함		연락처		
	주소					관계	

시술일자	년 월 일
시술내용	

본 문서를 법정대리인(보호자)가 아닌 자가 임의로 작성할 경우,
사문서 위조에 해당하며 이에 대한 책임은 본인에게 있습니다.

동의함 ☐

1. 상기 법정대리인(보호자)은 호적상 보호자의 지위를 가지고 있음을 확인합니다.
2. 상기 법정대리인(보호자)은 위 고객이 티앤티의원에서 시술 및 관리하는 것을 동의합니다.
3. 상기 법정대리인(보호자)은 위 고객이 시술 및 관리 한 부분에 대해 이의를 제기하지 않겠습니다.
4. 상기 법정대리인(보호자)은 위 고객이 시술 및 관리를 진행함에 있어 부작용 및 주의사항에 대한 충분한 설명을 들었으며, 이에 따른 모든 책임은 법정대리인(보호자)에게 있음을 동의합니다.

동의함 ☐

년 월 일

성함 :

서명 :