

미성년자 시술 동의서

| | | | | | | |
|----------|-----|--|------|--|----|--|
| 환자 정보 | 이름 | | 생년월일 | | 성별 | |
| | 연락처 | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|-----|--|------|--|----|--|
| 법정 대리인 | 이름 | | 생년월일 | | 성별 | |
| | 연락처 | | | | 관계 | |

| | | | |
|------|---|---|---|
| 시술일자 | 년 | 월 | 일 |
| 시술내용 | | | |

상기 법정 대리인은

뮤즈의원에서 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 있습니다.

작성 일자 : 년 월 일

환자 본인 : (인)

법정 대리인 : (인)