

미성년자 시술 동의서

환자정보	이름	생년월일	연락처
	주소		

법정 대리인	이름	생년월일	연락처
	주소	관계	

시술일자	20 년 월 일
------	----------

시술내용	
------	--

상기 법정대리인 (보호자)은 위 환자가 **샤인더마 의원에서 시술하는 것에 동의** 하며 시술한 것에 대하여 이의를 제기하지 않겠습니다 .

작성일자 : 20 년 월 일