

미성년자 시술 동의서

환 자

성 명 :

생년월일 :

연 락 처 :

법정대리인

성 명 :

생년월일 :

관 계 :

연 락 처 :

주 소 :

샤인유 의원에서 부작용과 주의사항에 대해 충분히 듣고 환자의 시술에 동의합니다.
이에 따른 모든 책임은 법정 대리인 본인에게 있음을 확인합니다.

년

월

일

고객명:

(자필) / (서명 또는 도장)

SHINE·U