

# 미성년자 시술 동의서

환자 정보	이름		생년월일		연락처	
	주소					

법정 대리인	이름		생년월일		연락처	
	주소				관계	

시술일자	년	월	일
시술내용			

상기 법정대리인(보호자)은 위 환자가  
메종드엠의원에서 시술을 하는 것에 동의하며,  
시술한 것에 대하여 이의를 제기하지 않겠습니다.

작성 일자 :                   년                   월                   일

환자 본인 : (인)

법정 대리인 : (인)