미성년자 시술 동의서

환 자

성명 :

생년월일 :

연락처:

법정대리인

성명 :

생년월일 :

관계 :

연락처 :

주소:

메이드유의원에서 부작용과 주의사항에 대해 충분히 듣고 환자의 시술에 동의합니다.
이에 따른 모든 책임은 법정 대리인 본인에게 있음을 확인 합니다.

년　　　월　　　일

(서명)

메이드유 의원