

미성년자 시술 전 동의서



환자

성명:	<input type="text"/>	연락처:	<input type="text"/>
생년월일:	<input type="text"/>		

법정 대리인

성명:	<input type="text"/>	관계:	<input type="text"/>
생년월일:	<input type="text"/>	연락처:	<input type="text"/>
주소:	<input type="text"/>		

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

20 년 월 일

_____ (서명)