미성년자 시술 동의서

고객 (피시술인)	성명	
	생년월일	
법정대리인	성명	
	생년월일	
	연락처	
	주소	
	피시술인과의 관계	

상기 본인은 피시술인 _____의 법정대리인으로 _____ 시술의 목적, 과정, 효과 및 부작용에 대한 설명을 들었고, 시술에 동의하며 시술에 관련된 지시사항을 충실히 이행할 것을 동의합니다.

일 시 : 20 년 월 일

성 명 : (인)

CNP 차앤박피부과