

미성년자 동의서

법정 대리인 시술동의서

(보호자)

이름 :	관계 :
주소 :	
주민번호 :	
연락처 :	

(미성년자)

이름 :
주소 :
주민번호 :
연락처 :

위 보호자 본인은 상기 미성년자의 보호자로서 시술내용에 동의합니다.

시술에 따른 부작용과 주의사항에 대하여 충분히 듣고 환자의 시술에 동의합니다. 이에 따른 모든 책임은 법정 대리인인 본인에게 있음을 확인합니다.

[법정대리인 동의서]

본인은 위 모든 내용을 숙지하였으며, 미성년자의 법정 대리인으로 디에스타의원 병원 서비스 이용 신청에 동의합니다.

이 동의서에 동의하신 내용은 1년간 유효합니다.

날짜: 년 월 일

동의 ○

비동의 ○

법정 대리인 성명	법정 대리인 서명

디에스타 의원 대표원장

