DayBeau Clinic
데이뷰 의원

미성년자 시술 및 관리 동의서

미성년 고객 정보	성명			연락처	
	생년월일		주소		

법정대리인 (보호자) 정보	성명			연락처	
	생년월일		주소		

희망 시술 및 관리	

본 문서를 법정 대리인(보호자)가 아닌 자가 임의로 작성할 경우, 사문서 위조에 해당하며 이에 대한 책임은 본인에게 있습니다.

[동의함 ☐]

1. 상기 법정대리인(보호자)은 호적 상 보호자의 지위를 가지고 있음을 확인합니다.
2. 상기 법정대리인(보호자)은 위 고객이 데이뷰의원에서 시술 및 관리하는 것을 동의합니다.
3. 상기 법정대리인(보호자)은 위 고객이 시술 및 관리한 부분에 대해 이의를 제기하지 않겠습니다.
4. 상기 법정대리인(보호자)은 위 고객이 데이뷰의원에서 시술 및 관리를 진행함에 있어 부작용 및 주의사항에 대한 충분한 설명을 들었으며, 이에 따른 모든 책임은 법정대리인(보호자)에게 있음을 동의합니다.

[동의함 ☐]

작성일자 : 년 월 일

법정 대리인 : (인 또는 서명)

데이뷰의원 귀중