미성년자 시술(관리)동의서

환자 정보	성명		생년 월일		연락처	
	주소					
법정 대리인	성명		생년 월일		연락처	
	주소				관계	

상기 법정대리인(보호자)은 위 환자가 샤인스타의원에서 시술·관리 하는 것을 동의하며, 시술·관리한 것에 대해서 이의를 제기하지 않겠습니다.

작성날짜: 년 월 일

환 자 본 인 : (인)

법 정 대 리 인 : (인)

샤인스타의원
— SHINE STAR —