



CERAMIQUE CLINIC

미성년자 시술 및 관리 동의서

본 동의서는 미성년자에게 세라미크 의원에서 제공하는 시술을 진행하는 데 있어, 법정 대리인(보호자)이 해당 시술에 대해 충분히 설명을 듣고 동의하였음을 확인하기 위한 문서입니다.

01 미성년 고객 정보

성명: _____ 연락처: _____
생년월일: _____ 주소: _____

02 법정대리인 (보호자) 정보

성명: _____ 연락처: _____
생년월일: _____ 주소: _____

03 희망 시술 및 관리

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

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

동의합니다.

작성일자: _____ 년 _____ 월 _____ 일
법정 대리인: _____ (인 또는 서명)

세라미크 의원 귀중