미성년자 시술 동의서

환자 성명		생년월일	
시술 항목		시술 일자	

＊대한민국 민법상으로는 만19세에 달하지 않은 자를 미성년자라 말한다.
＊상기 법정대리인(보호자)은 위 환자가 아트오브샤인의원에서 시술을 하는 것에 동의하며, 시술한 것에 대하여 이의를 제기하지 않겠습니다.
＊본 문서를 법정대리인(보호자)이 아닌 자가 임의로 작성할 경우 사문서 위조에 해당하며 이에 대한 책임은 본인에게 있습니다.

■ **법적대리인 동의서** 본인은 미성년자의 법정대리인으로 병원 서비스 이용 신청에 동의합니다.

대리인 성명	(인/성명)	환자와의 관계	
주민등록상 생년월일			

※ 법정 대리인 서명 이유 문항

- ▢ 신체적 정신적 장애로 또는 미성년자로 내용에 대해서 이해하지 못함
- ▢ 환자 본인이 승낙에 대한 권한을 특정인에게 위임함
- ▢ 환자가 미성년자로서 설명내용에 대하여 이해하지 못함
- ▢ 전화동의(환자의 의식이 없고 환자보호자 현장 부재시)
- ▢ 환자의 의식이 없고 응급상태인 경우
- ▢ 기타 :

상기 본인은 피시술인 _____의 법정대리인으로
아트오브샤인의원 서비스 이용에 동의합니다.

『개인정보보호법』 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 개인정보 수집 및 활용에 동의합니다.

개인정보 제공자가 동의한 내용 외의 다른 내용으로는 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보관리 책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.

20 년 월 일 **성명(본인) :** **서명/(인)**

법정대리인성명(본인) : **서명/(인)**