미성년자 수술 (시술) 동의서

환자정보	이름		생년월일		연락처	
	주소					

법정 대리인	이름		생년월일		연락처	
	주소				관계	

수술일자 (시술일자)	년 월 일
수술내용 (시술내용)	

상기 법정대리인 (보호자)은 위 환자가 밴스의원에서 수술/시술 하는것에 동의하며
수술/시술 하는 것에 대하여 이의를 제기하지 않겠습니다. 뿐만 아니라, 상기 치료내용과
예기치 못한 부작용 발생의 가능성이 있음을 충분한 설명을 듣고 이해하였으며, 본 시술에 동의합니다.

20 년 월 일

환자본인 이름 : (인/서 명)

법정대리인 : (인/서 명)

밴스의원
VandS clinic