

# 셀리타의원

## 미성년자 시술 및 개인정보 활용 동의서

본 동의서는 법정대리인(보호자)이 미성년 자녀의 의료 시술 및 이에 수반되는 개인정보 처리에 동의함을 확인하는 문서입니다.

### 1. 미성년 환자 (본인) 정보

성명		생년월일	
연락처			
주소			

### 2. 법정대리인 (보호자) 정보

성명		환자와의 관계	
연락처			

### 3. 동의 및 확인 사항

1. 시술 진행 동의: 본인은 위 미성년 환자의 보호자로서, 셀리타의원에서 시행하는 시술 및 관리에 대한 목적, 부작용 및 주의사항에 대해 충분히 설명을 들었으며 시술 진행에 동의합니다.
2. 개인정보 활용 동의: 진료 접수, 경과 관리, 안내 서비스 등을 위한 개인정보 및 민감정보(의료 데이터) 수집·이용에 동의합니다.
3. 법적 책임: 본 동의서를 허위 작성하거나 대리 서명하여 발생하는 모든 법적 문제 및 책임은 서명인 본인에게 있음을 확인합니다.

본인은 상기 내용을 충분히 숙지하였으며, 셀리타의원에서의 시술 진행에 동의합니다.

2026년    월    일

#### 4. 자필 서명란

미성년 환자 (본인)	법정대리인 (보호자)
성명:  서명/인:	성명:  서명/인: