

# แบบฟอร์มความยินยอมในการรักษาผู้เยาว์

(ผู้รักษา)

ชื่อ :

วันเกิด :

เบอร์ติดต่อ :

(ผู้แทนทางกฎหมาย)

ชื่อ :

วันเกิด :

ความสัมพันธ์ :

เบอร์ติดต่อ :

ที่อยู่ :

PREMIER BEAUTY GROUND

ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงและข้อควรระวังจากคลินิก JFeel

อย่างครบถ้วน และยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย

ฉันยืนยันว่าผู้แทนทางกฎหมายจะรับผิดชอบต่อความรับผิดชอบทั้งหมดนี้

ด้วยตนเอง

วันที่:

ชื่อ:

(เซ็นชื่อ)