

SMP 문신행위 기록지

시술 직후 실제 사용 내역을 빠짐없이 기록합니다.

문신업소	상호: _____ 주소: _____
대표자	강세경 연락처: _____
시술자	성명: _____ 면허/임시등록번호: _____
이용자	성명: _____ 생년월일: _____ 연락처: _____
시술정보	시술일: _____년 _____월 _____일 시작: _____:_____ 종료: _____:_____ 회차
부위·범위	부위: _____ 가로 _____cm × 세로 _____cm
건강 특이사항	_____

사용 바늘

구분	제조사	제품명	종류/규격	로트번호
1				
2				
3				

사용 염료

색상	제조사	제품명	제조/로트번호	사용량(mL)

사용 일반의약품·기타 제품

구분	제조사	제품명	제조/로트번호	사용량

시술 중 특이사항	_____ _____ _____ _____
시술 후 조치	[] 세척 [] 보호필름/드레싱 [] 안내문 제공 [] 차기 일정: _____
이상반응	[] 없음 [] 있음: _____ 조치/신고: _____

위 기록이 실제 시술 내용과 일치함을 확인합니다.

기록일: _____년 _____월 _____일 대표자: _____ (서명) 시술자: _____ (서명)