

미성년자 SMP 보호자 동의서

미성년자는 친권자 또는 법정대리인의 확인과 서면동의가 필요합니다.

미성년자	성명: _____ 생년월일: _____ 연락처: _____
보호자	성명: _____ 생년월일: _____ 관계: _____
보호자 연락처	_____
시술 부위	_____ 시술예정일: _____년 _____월 _____일
확인 서류	☐ 미성년자 신분증 ☐ 보호자 신분증 ☐ 관계확인 서류

보호자 확인

- ☐ 본인은 위 미성년자의 친권자 또는 법정대리인입니다.
- ☐ 미성년자와 함께 SMP의 방법·과정, 지속성, 제거의 어려움, 부작용, 사후관리와 결과의 개인차에 대한 충분한 설명을 들었습니다.
- ☐ 미성년자의 건강상태와 복용약 등을 사실대로 알렸으며, 안전상 필요하면 시술이 연기·거부·중단될 수 있음을 이해합니다.
- ☐ 질문할 기회를 가졌고 미성년자의 의사를 확인한 뒤 자발적으로 시술에 동의합니다.

동의일: _____년 _____월 _____일

미성년자: _____ (서명 또는 인) 보호자: _____ (서명 또는 인)

시술자: _____ (서명 또는 인)

근거 및 업데이트 정보

- 「문신사법」 법률 제21070호, 2025.10.28. 공포, 2027.10.29. 시행
- 보건복지부·한국건강증진개발원, 「문신시술 표준지침」, 2026.7.
- 국가법령정보센터: <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=279291>
- 보건복지부 표준지침 안내: https://www.mohw.go.kr/board.es?act=view&bid;=0027&list;_no=1491470

문서 관리

서식명: SMP 안전서식 패키지 | 버전: 2026-09-02 v1.0

하위법령·고시 및 관할 지자체 안내가 확정·변경되면 보존기간, 시설·장비, 허용 의약품, 신고 절차와 서식 항목을 다시 확인하십시오.