

# 未成年施术同意书

顾客信息	姓名		出生年月日		性别	
	Email					

法定监护人	姓名		出生年月日		性别	
	Email				与关系	

施术日期	年 月 日
施术项目	

上述法定监护人在SHINEBEAM医院对施术的副作用及注意事项得到充分的说明和理解,

并同意\_\_\_\_\_顾客进行施术,

对此不会提出异议。

如因法定监护人信息不实造成的法律责任由上述法定监护人承担。

日期: 年 月 日

同意人: (签字)

法定监护人: (签字)