# 未成年施术同意书

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 顾客信息 | 姓名 | | 出生年月日 | | 性别 | |
| | 联系方式 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 法定监护人 | 姓名 | | 出生年月日 | | 性别 | |
| | 联系方式 | | | | 关系 | |

| | |
|---|---|
| 施术时间 | 年　　月　　日 |
| 施术内容 | |

上述法定监护人，**已经充分听取了施术相关说明，并同意未成年人_____进行施术，**

对于施术没有任何异议，如果法定监护人信息栏填写虚假信息，所有的法律责任需法令代理人本人承担。

签定 日期：　　年　　月　　日

顾客当事人：　　(签字)

法定 监护人：　　(签字)