

年 月 日

致 高须美容整形医院

同意书 (未成年者)

■手术申请人姓名■ (岁)

■同意声明■

.....
.....
.....
.....

■手术预定日期和时间■ 年 月 日 (预定时间 :)

■监护人姓名■ 盖章

关系.....

■地址■ 邮编.....

.....

■电话号码■ - -