

未成年 治療承諾書

私は _____ (患者様本人のお名前) が赤井クリニックにて

『施術名： _____ 』を行うことを承諾します。

- ・必ず毎回同伴し、治療内容の説明を受けます。自己都合により同伴しない場合には後に治療内容や費用等に関して不満や意見の申し立ては一切いたしません。電話・FAX・電子メールなどによる連絡等や説明の要求もいたしません。患者本人と情報の共有に努めます。
- ・施術に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。
- ・セットプラン等の解約の場合には、セット料金を回数で割った金額での返金ではなく、通常料金(セットプランより割高に設定)での実施として計算されること、解約の場合事務手数料が必要であることに同意いたします。
- ・すでに行った治療費の払い戻し等も請求いたしません。

年 月 日

保護者氏名： _____ 印

住 所： _____

電話番号： _____



AKAI MEDICAL CLINIC

赤井クリニック

美容外科・美容皮膚科・アンチエイジング