

# 同意書

コスモメディカル中野クリニック 院長 殿

(申込者) \_\_\_\_\_ が (施術名) \_\_\_\_\_ の

施術を受けることに同意致します。また、診療内容に応じて写真撮影を行なうことに同意致します。想定外の経過・治療追加が生じた場合は貴院の方針に協力することに同意し、自己判断で治療変更によって生じた結果について貴院に一切の異議を申し立て、診療契約を取り消すことは致しません。

コース治療については返金不可であり、医師の判断で治療中止となった場合には返金対象になることについて同意致します。

以上の内容を十分に理解し、診療契約・支払い契約を結ぶことに同意致します。

同意日 年 月 日

同意署名 (保護者名)

\_\_\_\_\_