

審美歯科治療条件・実施同意書

きむら歯科医院 院長 殿

私 _____ は、審美歯科治療を利用するに当たり、下記の内容に同意致します。

記

- ① カウンセリングの受診が絶対条件です。
カウンセリング自体は無料です。
その際の審査によっては、治療を御遠慮いただく場合がございます。 確認済
- ② 予約時間を長時間確保して準備・治療をするため、
変更・キャンセルの場合は必ず、1診療日前迄に御連絡下さい。
なお、キャンセルが1診療中に2回発生した場合は、
装着前であれば、ご提示費用の半額をお返し致し、
治療を中止させていただきます。 確認済
- ③ カウンセリング当日の施術は致しかねます。 確認済
- ④ 身分証明書を御提示下さい。 確認済
- ⑤ 未成年の患者様が治療する場合には必ず、
法定代理人（親権者）の同意が必要です。
そのため、カウンセリング当日は上記の方の同伴が必須となります。
20歳以下でご希望の場合には、事前に必ずお問い合わせ下さい。 確認済
- ⑥ 本同意書の内容を守って頂きます。 確認済

以上

年 月 日

御署名 _____