

ピアス施術承諾書

この度ピアス施術に際し、この施術を受けることに同意いたします。
また、施術に関連した緊急の場合または医学上の立場から処置の変更を
する必要がある場合には、その処置を受けることについても同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

保護者氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生 _____ 歳

住所 _____

連絡先 _____

この承諾書のコピーを確かに受け取ったことを、承諾書原本にサインします。

患者氏名 _____ 印

キャンセルポリシーについて

キャンセルは 3 日前の診察時間内迄お願いします。(火以外の平日 18:00 迄 土 13:00 迄)

前日・当日キャンセルになりますと下記規定のキャンセル料が発生致します。

〈キャンセル料〉

- ・ 3 日前まではキャンセル料は発生しません
- ・ 前日キャンセルの場合：ご予約枠 30 分につき 1000 円
- ・ 当日キャンセルの場合：ご予約枠 30 分につき 2000 円
- ・ 連絡なし無断キャンセルの場合：ご予約枠 30 分から 1 時間 3000 円 1 時間以上 6000 円

をキャンセル料としてご請求させていただきます。

