

# 同意書

赤坂ビューティークリニック 院長殿

氏名

\_\_\_\_\_が、\_\_\_\_\_の施術を受けることに同意いたします。また、診療科目の特性上、診療内容に応じて診療前・診療途中（経過）・診療終了時に診療部位の写真撮影を行うことに同意いたします。想定外の経過過程・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、自己判断での治療変更によって生じた結果については貴院に異議を申し立ていたしません。

コース治療について

- 1) 2年間で消化することに同意いたします。
- 2) 無連絡・予約時間経過後の連絡は、ご請求対象となります。

同意書署名日 年 月 日

同意者自署 \_\_\_\_\_ 印

関係 \_\_\_\_\_

同意者住所 \_\_\_\_\_