

## 同意書

東日本橋形成外科 皮膚科 院長 小南ちひろ殿

(申込者) \_\_\_\_\_ が (施術名) \_\_\_\_\_ の  
施術を受ける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  
ついて貴院に異議を申し立て致しません。  
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) \_\_\_\_\_