

同意書

年間パス施術

- 初回施術日より1年間又は6か月間を対象期間となります。
- 初回は試験照射を兼ねて、従来通りの施術を受けて頂くことを推奨致します。
試験照射を受けて頂く場合は、年間パス料金、回数に含まれませんので、各種正規価格でのお支払いとなります。(年間パス価格からの差し引きもございません。)
- キャンセル等により施術を受けられなかった場合は、1回分消化と致します。
- お肌の状態により、医師判断にて施術がお受けできない場合や出力の調整をさせていただく場合がございます。ご理解下さい。
- 照射後、皮膚トラブルが生じた場合、診察させていただきますので受診をお願い致します。
※診察は診療代がかかります。
※薬が処方される場合、別途薬代が発生致しますのでご了承ください。
- いかなる理由にも施術期間の延長や返金手続きは致しかねます。
- 各院パスとなりますので、同院にて回数を消化していただきますようお願い致します。
- 初回は購入より1か月以内に消化をお願い致します。
- 各種、施術周期は必ず守って、ご来院いただきますようお願い致します。

私は上記内容を理解し、自分自身の意思で施術を同意します。

○本人(18歳未満の場合は法定代理人欄の両方に署名が必要です)

令和 年 月 日 氏名

○法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)あるいは保証人

令和 年 月 日 氏名 (続柄)

よつば会クリニック