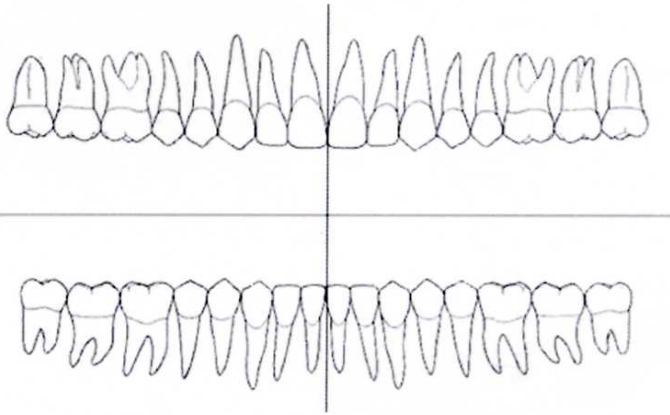


保険外負担料金（自費）同意書

さいとう歯科クリニック 説明医 _____ ㊟

●治療部位と治療内容



_____を行います。

●治療費用 _____ 円（消費税抜き）

機材や人件費などのコストもかかるため、支払いは治療開始前が原則ですが、次回の診療日の支払いでも構いません。また、他の患者様の治療機会の損失、準備した機材や人件費などコストもかかりますので、診療予約を取られた後に、診療予約日前日・当日のキャンセルの場合、キャンセル料 2 千円、それ以前5日以内のキャンセル場合キャンセル料千円発生しますのでご留意下さい。ただし、天災や発熱などのご病気で来院できない場合、キャンセル料は発生いたしません。患者様都合の中途解約の返金の場合は、予定されていた治療回数のうち未実施の回数の割合を計算して、今回の受領額のその割合分返金することと致します。私はさいとう歯科クリニックにおいて検査診断の結果、上記の治療計画に基づいた処置と費用を十分に理解いたしましたので、同意承諾いたします。

説明を受けた期日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

御署名 _____ ㊟

さいとう歯科クリニック