

イボレーザー治療後「メンテナンス制度」利用申込書

山手皮膚科クリニック（以下「当院」）が提供するイボレーザー治療後「イボメンテナンス制度（以下、「本制度」）」は、当院で「多発したイボレーザー治療」を受けた方を対象に、治療後の経過に応じて新たに出現したイボへ対応するため、当院の判断で提供する補助的な治療制度です。

本制度は、以下の内容を十分に理解し、同意された方のみが申込み・利用できる制度です。

なお、本制度の内容・条件・運用方法等の詳細は、当院が別途定める「多発したイボレーザー治療メンテナンス制度 利用規約」によります。利用申込みにあたっては、当該利用規約を確認し、同意したものととして取り扱います。

【重要事項】

1. 本制度は、多発したイボレーザー治療の料金に含まれるものではありません。
本制度の利用には、別途定めるメンテナンス料金が発生します。
2. 本制度は、予約の取得を保証するものではありません。
予約枠には限りがあり、先着順での受付となるため、希望する時期に必ずしも予約が取得できるとは限りません。
3. 本制度は、当院の裁量により提供される制度です。
制度内容、運用方法、有効期限等は、将来において変更または終了となる場合があります。
4. 本制度の内容または運用に対して異議の申立て、交渉、是正要求等があった場合、当院は本制度の利用をお断りします。
本制度は、制度内容および運用方針にご理解・ご同意いただける方のみを対象としており、当院は当院の判断により本制度の利用を認めない、または継続を行わないことがあります。
5. 本制度の利用を希望しない場合、または申込みを行わない場合であっても、多発したイボレーザー治療自体の提供には影響しません。

【申込みについて】

私は、上記の内容を理解したうえで、多発したイボレーザー治療「メンテナンス制度」への申込みを希望します。

なお、本制度の利用可否および継続の判断は山手皮膚科クリニックの裁量に委ねられることを理解しています。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名（本人直筆） _____

※2 枚ともにご署名をお願いします。