

キャンセル・解約規定

この書面をよくお読みください

■はじめに

当院では、患者様お一人お一人に最善の治療を受けていただけるよう努めております。直前の予約変更やキャンセル、遅刻などがあると、他の患者様にご迷惑がかかってしまいます。より多くの患者様に快適な予約環境と治療を提供させていただくため、キャンセルポリシーを制定いたします。患者様におかれましては、予約の変更・キャンセルについての取り扱いについて、十分ご理解の上、ご同意をお願い申し上げます。

■キャンセル受付期間

施術予約の日程変更やキャンセルをご希望の場合は、ご予約日の2日前までにウェブサイトから変更していただくか、下記の診療時間内にお電話にてご連絡をお願い申し上げます。

※ご予約日前日および当日に日程変更・キャンセルされる場合は、キャンセル料がかかります。

電話番号 072-767-2336 自動音声がかかりますので、ダイヤル2番を押してお待ちいただきましたらスタッフへ繋がります。 月・火・木・金：9:00～12:00/15:00～18:00・土：9:00～12:00

- ・前日が休診日（夏季休業、年末年始休業、祝日等の休診日も含む）にあたる場合は、その休診日直近の診察日までにキャンセルのご連絡をお願いいたします。
- ・ご予約日前日に当院より「予約確認メール」を送りますので、メールアドレスを記載して頂くようお願いいたします。
- ・LINE、Google メッセージ、Eメール等によるキャンセルのご連絡は、当院の既読によってキャンセルが確定するわけではありません。お手数ですが、【お電話にてご連絡くださいますよう】お願い申し上げます。電話が繋がらなかった等の理由は恐れ入りますが考慮致しかねますのでお早めにご連絡をお願い致します。
- ・キャンセル理由が「冠婚葬祭」「急な病気や怪我」「生理による VIO 脱毛のキャンセル」などの場合においてもキャンセル料を頂きます。ただし、急な体調不良やお怪我でのキャンセルにつきましても、受診されたことがわかる書類（受診日がわかる医療機関の診断書や領収書など）をご提示いただいた場合のみ、キャンセル料は免除させていただきます。

また、自然災害のうち「暴風警報発令時」「震度4以上の地震が発生した場合」「当院の都合により変更させていただいた場合」に限っては、例外とさせていただきます。

なお、患者様のご家族様の体調不良を含めた諸事情につきましては、当院ではご配慮致しかねますことをご理解ください。

■キャンセル料について

- ・ご予約日2日前までの日程変更・キャンセル ⇒ キャンセル料はかかりません。
- ・ご予約日前日～当日までの日程変更・キャンセル
⇒ドクター施術の場合： 11,000 円（税込） スタッフ施術の場合： 4,400 円（税込）

■無断キャンセルについて

- ・施術当日、ご連絡を頂くことなくご予約を日程変更・キャンセルされた場合、10分以上遅れた場合は、施術料金の100%を申し受けます。（コースでご購入の場合は、コースの1回分を消化させていただきます。）次回以降のご予約は、お受けできなくなることがございます。

■予約時間の遅刻について

- ・諸事情にてご予約時間に遅れる場合は必ずお電話いただきますようお願い申し上げます。
ご予約状況によっては当日の施術が困難になる場合があります。その際は、キャンセル料を頂戴します。
- ・ご連絡を頂くことなくご予約時間に 10 分以上遅れた場合は、当日キャンセルと判断させていただきます。
- ・ご予約時間にご来院されない場合、当院からはご連絡いたしませんのでご注意ください。
- ・遅刻を繰り返された場合、今後のご予約をお断りさせていただくことがございます。

■セット料金について

- ・セット料金は、継続することで治療効果が得られるメニューに対し、費用をまとめて最初にお支払いいただく代わりに、トータルの料金がお安くなるシステムです。セットの中途解約はできません。使用期限は初回施術日から一年以内です。
- ・当院ではトラブルを避けるため、初回治療からのセット契約はお勧めしていません。初回はお試し価格でお得に受けていただけるよう設定しております。

■局所麻酔（エムラクリーム）をご希望の患者様

- ・局所麻酔をご希望の患者様は、麻酔クリームの効果が現れるまでに時間がかかりますので、施術予約時間の 1 時間前にご来院いただくことが必要です。
- ・麻酔クリーム塗布時刻を 10 分以上遅れて来院された場合、局所麻酔なしでの施術は可能ですが、その際には多少の痛みが伴うことがありますので、あらかじめご了承ください。
10 分以上遅れて来院された場合に局所麻酔を希望される方は、残念ながら当日の施術を受けることができません。別日でのご予約をお願いいたします。この際、当日キャンセル料（4,400 円）が発生致しますので、予めご了承ください。

私は上記について同意します。

_____ 年 月 日

ご署名：_____

保護者のご署名：_____

※施術を受ける方が 18 歳未満の場合、保護者のご署名が必要です。

メールアドレス（必須）：_____@_____

※ご予約日前日に当院より「予約確認メール」を送りますので、メールアドレスを記載してください。