

同意書

PFC-FD™療法を行うにあたり

- ・ 問診時には説明を正確に理解しました。
- ・ 上記書面の内容を十分に理解し、貴院における施術方法の説明を受け、疑問点については質問し、担当医より回答を得た上で納得して施術を受けることを認めます。
- ・ 治療中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについて同意します。
- ・ 施術後の返金要求はいかなる事由においても致しません。
- ・ 貴院が医療行為の安全を重視し、検査もしくは組織加工業務を他の会社に委託する場合、必要な範囲内の個人情報を付随して委託することについて、承諾致します。

治療費

- ・ 採血・検査・作製・注入（部位：_____）

180,000 円（税別）

年 月 日

ご署名：_____

（緊急連絡先）

ご氏名：_____

電話番号：_____

続 柄：_____

医療機関名： 白鳥整形外科

担当医師： 白鳥裕之