

手術申込書

岩槻 JM クリニック御中

私は貴院において頭書の手術の申込みを致します。この手術の申込みにあたって申込み手付予約金として、金 万円を 月 日までに、下記の銀行口座に振り込み（電信）致します。

埼玉りそな銀行 東岩槻支店 普通口座 3665783 岩槻 JM クリニック

私の都合により手術申込みを変更または取り消しする場合は、手付予約金を下記の通り変更料または取消料に充当することに異議はございません。

尚、所定の期日までに予約手付金を貴院へ入金しなかった場合は、手術申込みを解除されても異議はございません。

| 変更・取消の申し出日 | 変更 1 回目 | 変更 2 回目 変更後の取消 | 取消 |
|-----------------|---------|-------------------|-------------|
| 手術日の 7 日前以前 | 無 | 5 万 | 無 |
| 手術日の 6 日前～ 2 日前 | 万 | 万 | 無 |
| 手術日の前日 | 万 | 万 | 手術費用の 50 % |
| 手術当日 | 万 | 手術費用の 100 % | 手術費用の 100 % |

*手術日の変更または取消を行う場合は、必ず手術予定日の 7 日前までに当院までご連絡をお願い致します。電話連絡のない場合、この手術申込みは引続き有効です。手付予約金の入金がない場合においても、当院へご連絡なく変更または取消された場合は、変更料または取消料が発生しますのでご注意ください。

*変更・取消の電話受付時間は午前 10 時より午後 7 時迄となっております。

*患者様のご都合によるご入金後の返金は、手数料差引とさせていただきます。

貴殿からの上記手術申込みを本日お受け致しました。

岩槻 JM クリニック ㊤

平成 年 月 日

住所

氏名

㊤