

様

## 治療費用およびキャンセルポリシーに関するご案内

治療名：自己脂肪由来幹細胞を用いた関節疾患の治療

当院では、患者様お一人おひとりの症状やご希望を丁寧に伺い、それに応じた最適な治療計画をご提案しております。

そのため、治療費用およびキャンセルポリシーにつきましては、初回カウンセリング時に医師より個別にご説明し、下記に記載のとおり書面にてご案内いたします。

なお、本治療は健康保険の適用対象外の自由診療となりますので、あらかじめご了承ください。

様にご提案する治療プランは、以下のとおりです。

### 治療プラン

| 治療内容 | 治療費用（税込） |
|------|----------|
|      | 円        |

### キャンセルポリシー（共通）

| 日数                      | キャンセル費用    | 日程変更 |
|-------------------------|------------|------|
| 脂肪採取日*の 5 営業日前まで        | なし         | 可    |
| 脂肪採取日*の 4 営業日前以降        | 治療費用の 100% | 不可   |
| 自己脂肪由来幹細胞投与日の 10 営業日前まで | 治療費用の 100% | 可    |
| 自己脂肪由来幹細胞投与日の 9 営業日前以降  | 治療費用の 100% | 不可   |

\*脂肪採取を伴わない場合は追加培養の日を基準といたします。

治療費およびキャンセルポリシーにつきましては、本書面をご確認のうえ、医師からのご説明を受けて内容をご理解・ご納得いただいた後に、説明同意書へのご署名をお願いしております。

ご予約の際には、治療費用の全額を予約金として、事前にお支払いいただいております。

ご予約後、治療日（脂肪採取日もしくは追加培養の日）の 4 営業日前以降にキャンセルされた場合には、所定のキャンセル料を申し受けます。

一方、治療日 5 営業日前までにご連絡をいただいた場合は、費用のご負担なくキャンセルや日程変更が可能です。

キャンセルまたは日程変更をご希望の際は、お電話・メール・ご来院のいずれかの方法にてご連絡ください。

誠に恐れ入りますが、治療日まで 4 営業日を切った後のキャンセルおよび日程変更には対応いたしかねます。

また、ご返金も承っておりませんので、あらかじめご了承くださいますようお願い申し上げます。