

契約解除通知書

医療法人（社団） _____ 会

住所 〒163-1312 東京都新宿区西新宿6-5-1 新宿アイランドタワー12階

SBCメディカルグループ クーリング・オフ受付係

私は _____ 年 _____ 月 _____ 日に

医療法人（社団） _____ 会 _____ 院との間で締結した

美容医療契約について、約款第6条に基づき契約を解除します。

つきましては、支払い済みの _____ 円を下記銀行口座にお振込みください。

銀行口座： _____ 銀行 _____ 支店

（普通・当座・総合 _____）

名義人（カカナ） _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

【宜しければ解約のご理由についてお聞かせください】

治療を受けてみたらイメージと違った（効果が無い・痛い）

金銭的な理由

家族・友人に反対された

当院より安く受けられるクリニックを見つけた

その他（ _____ ）

（お客様へ）

ご返金処理の完了までは受理からおおよそ10日～20日程お時間を頂戴しております。
書面到着時及び返金手続き完了時に、当院よりお客様へのご連絡は致しておりませんので
何卒ご了承下さい。

返金手続き状況についてはクレジット明細や銀行口座の入金情報等でご確認頂けます。

記入例

契約解除通知書

医療法人（社団） 湘美 会

住所 〒163-1312 東京都新宿区西新宿6-5-1 新宿アイランドタワー12階
SBCメディカルグループ ケーリング・オフ受付係

私は 2019 年 11 月 15 日に
医療法人（社団） 湘美 会 新宿 院との間で締結した
美容医療契約について、約款第6条に基づき契約を解除します。

つきましては、支払い済みの 100,000 円を下記銀行口座にお
振込みください。

銀行口座： XXX 銀行 XXX 支店
普通・当座・総合 1234567)
名義人（カタカナ） ショウナン タロウ

記入日 2019 年 11 月 22 日
住所 【お住まいのご住所をご記入ください】
氏名 湘南 太郎 生年月日 1990 年 1 月 21 日
電話番号 090-0000-0000

【宜しければ解約のご理由についてお聞かせください】

- 治療を受けてみたらイメージと違った（効果が無い・痛い）
 金銭的な理由
 家族・友人に反対された
 当院より安く受けられるクリニックを見つけた
 その他（ ）

美容医療契約書を
ご覧頂き ご記入下さい
【※注1】

口座情報に誤り・記入漏れが御
座いませんよう、ご注意下さい
【※注2】

該当のお客様情報の特定に
必要となりますので、
必ずご記入下さい
【※注3】

【※注1】 複数の治療をご契約のお客様で、美容医療契約書に記載のある治療のうち一部のみのご解約をご希望の場合、
余白部分で結構ですのでその旨ご記入下さいませ

【※注2】 各種医療ローン・クレジットカードをご利用の場合、医療ローンのキャンセル処理及び該当の売り上げの金額
訂正にてご対応致しておりますが、処理不能時等のご返金時に必要となりますので恐れ入りますがご記入をお
願い致します

【※注3】 ご登録情報との照合にのみ使用致します。当院より、当該手続きに関する郵送物等をお客様のお許しの無いま
まお送りすることは御座いませんのでご安心下さい

【※注4】 契約解除通知書のほかにレシートやお客様控え書類等をご同封・ご送付なされた場合に、ご返却は致しかねま
すのでご注意下さい