

誓約書

医療法人社団ベル美容外科クリニック

院長 飯塚 雄久殿

令和 年 月 日

私は、医療法人社団ベル美容外科クリニックで施術を受けることに際し、コロナワクチンの副反応とは一切関連がないことを全て理解、納得しましたので、実施に同意し、今後貴院に対して一切の不服申し立てをしないことを誓約致します。

住所： _____

氏名： _____ 印

電話番号： _____