

キャンセル又は予約時（アポイント・appointment）に
お見えにならなかった場合のキャンセル料発生について

急用や予期せぬ出来事、または急な体調不良により、ご予約（アポイント・appointment）の変更もしくはキャンセルをせざるを得ないことがあると思います。ご予約の変更もしくは、キャンセルが必要な場合、恐れ入りますが、**ご予約時間の48時間前もしくは診察日の2日前までに**、お電話かメールでのご連絡をお願い申し上げます。もしもアポイントを変更、又はキャンセルされた場合、そのお時間は他のお待ちの患者様にご提供でき、更に成田ファミリーデンタルの診察費用安定化の手助けにもなります。

成田ファミリーデンタルでは、患者様一人、一人に心をこめて、細心の注意を払うことを念頭に、診察をさせて頂いております。ダブルブッキングやオーバークッキングなどは一切行っておりません。そして、予約時間をできる限り守る努力は致しております。これはひとえに、数多くの歯科医院の中から成田ファミリーデンタルを選んで頂き、そして患者様の貴重なお時間を私共のオフィスと共有させて頂いていることに感謝を示し、私共がお応えできることだと考えております。

ご予約の変更または、キャンセルのご連絡がアポイントの48時間前、もしくは診察日の2日前にされなかった場合や、アポイントの日時にご連絡なしで、お見えにならなかった場合、申し訳ありませんが\$10の“missed appointment fee”を請求させていただきます。アポイント時間に大幅に遅れた場合も、対象になる場合がございますのでご了承下さい。

成田ファミリーデンタルは皆様のお口の健康維持そして、さらに向上できるよう、これからも一層、努力していきたいと思っております。ご理解のほど、よろしくお願い致します。

お名前: _____

サイン: _____ 日付: _____

No Show/Cancellation Policy

At Narita Family Dental, we understand that appointments may need to be changed or cancelled due to a change of plans, sickness or unplanned issues. If you do need to cancel or reschedule an appointment that we have reserved for you, we respectfully ask for 48 hours or 2 business days advanced notice.

We pride ourselves in our personal attention to each and every one of our patients. We do not over book or double book our schedules, and we do our very best to keep on schedule since we know your time is important. Cancelling an appointment without proper notice prevents us from being able to offer this time to other patients who are waiting to be seen as well. Your help in notifying us as soon as possible also allows us to keep our treatment fees stable.

We have decided to formally create a policy for “no-shows” and cancellations or rescheduling appointments without proper advance notice. Failure to give us 48 hours or 2 business days notice of any changes will result in a \$10 fee for each missed appointment. This fee may also be applied if a patient arrives too late to the appointment time and we are not able to provide treatment properly.

Thank you for being a valued patient to Narita Family Dental and for your understanding and cooperation in helping us keep our schedules accessible to everyone.

Patient Name (please print): _____

Signature: _____ Date: _____