

同意書

私（保護者氏名： _____ ）は、児童（お子様氏名： _____ ）をとみや病児・病後児さくら保育室に保育を依頼するにあたり、下記事項に同意します。

一、利用するにあたり、保育室の決まり事を守ります。

一、お子様が急変した場合、連絡に従い来院します。

一、お子様が急変した場合、コミュニティクリニック上桜木において、治療を受けたり、当該病院搬送となることに同意します。場合によっては、治療が優先し、治療内容がやむを得ず事後報告となることに同意します。

※搬送や治療にかかった費用の負担をします。

一、他のお子様も疾患を持っているため、院内の感染には十分に注意しておりますが完全に防止できない場合があることに同意します。

一、保育時間終了までにお子様を迎えに来ることに同意します。

一、予約をキャンセルする場合、必ず利用当日の8時30分までに電話にて連絡します。

一、保育室の消耗品（紙おむつ等）を使用した場合は別に定める料金を支払います。

とみや病児・病後児さくら保育室

（コミュニティクリニック上桜木小児科医師）

室長 鎌田 文顕 殿

平成 年 月 日

お子様氏名： _____

保護者氏名： _____

⑩

緊急連絡先電話番号：携帯 _____