

同意書

私 _____ は、子 _____ を、
中村内科クリニック併設 病児・病後児保育室 **えんじえるん** に保育を依頼するにあたり、
ご利用規約に則った下記事項に同意いたします。

- 一、 ご利用規約を十分理解し、書かれた内容に同意いたします。
- 一、 子どもの容態が急変した場合、保育室からの連絡にしがい来院することを同意いたします。
- 一、 子どもの容態が急変した場合、中村内科クリニックにおいて治療を受けること、さらなる治療が必要となった場合には、同クリニック医師が選択した医療機関へ搬送となることを同意します。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いたします。
- 一、 保育時間終了までに、子どもを迎えに来ることに同意いたします。
- 一、 予約キャンセルの場合、必ず利用前日の午後 8 時まで、もしくは当日の午前 6 時半から午前 7 時 5 0 分の間電話にてキャンセルの手続きをとることに同意いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

子氏名 _____

緊急連絡先〈子との続柄〉 _____ 〈 〉

緊急連絡先〈子との続柄〉 _____ 〈 〉