

すくすくこどもクリニック
きらきら保育園
院長 西原 信殿

同意書

私(保護者氏名:)は、児(お子様氏名:)
を、すくすくこどもクリニック併設きらきら保育園に保育を依頼するに当たり、利用規約
に則った下記事項に同意いたします。

一、利用案内を十分に理解し、書かれた内容に同意いたします。

一、児が急変した場合、保護者が連絡に従い来院することを同意いたします。

一、児が急変した場合、すくすくこどもクリニックにおいて、治療を受けたり、連携病院
搬送となることを同意いたします。場合によっては、治療が優先し、治療内容の説明がや
むを得ず事後報告となることを同意いたします。

一、保育時間終了までに、児をお迎えに来ることに同意致します。

一、予約をキャンセルする場合、必ず利用当日の午前8時までにすくすくこどもクリニッ
クへ電話連絡し、キャンセルの手続きをすることに同意します。

平成 年 月 日

お子様氏名: _____

保護者氏名: _____ 印

緊急連絡先電話番号: _____ () _____

(上記保護者と連絡先が異なる場合の氏名: _____)

お迎えの予定時刻 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 頃

* 病児保育ご利用の際に内服薬や外用薬などがある場合、薬局からもらった薬の説明書も
必ずいっしょにお持ちください。