

医療法人社団 だいだい
西葛西わんぱくクリニック病児保育室
院長 高島 琢磨 殿

同意書

私(保護者氏名: _____)は、児(お子様氏名: _____)を、西葛西わんぱくクリニック併設病児保育室に保育を依頼するに当り、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、お子様が、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、お子様が、急変した場合、西葛西わんぱくクリニックにおいて、治療を受けたり当該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、治療内容がやむを得ず事後報告となることを同意いたします。
- 一、他のお子様も疾患をもっているため、院内での感染について十分に注意しておりますが、完全に防止はできない場合があることに同意いたします。
- 一、保育時間終了までに、お子様をお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7時までにインターネットにてキャンセルの手続きをすることに同意いたします。

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: 携帯 (_____)

メールアドレス _____

職場のTEL番号 (_____)

緊急時お迎えが可能な方の氏名 _____

連絡先 (_____)

- * 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。