

一般財団法人 天誠会
あんずクリニック併設 病児・病後児保育室「プチあんず」
室長 天野 秀 介 殿
副室長 十河 まゆみ 殿

同意書

私（保護者氏名： ）は、児（お子様氏名： ）を、
病児・病後児保育室「プチあんず」に保育を依頼するに当たり、ご利用規約に従い下記
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、お子様の容態が急変した場合、「プチあんず」からの連絡に従い、保護者が「プ
チあんず」に速やかに来室することに同意いたします。

一、お子様の容態が急変した場合、あんずクリニックにおいて、治療を受けたり、他
の病院に搬送となることを同意いたします。

一、「プチあんず」ご利用規約に記載の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、必ず利用当日の午前8時から9時までに、電話等で
連絡することに同意いたします。

※プチあんずだより等のお知らせ(不定期)をお送りしてもよろしいですか？

はい

いいえ

メールアドレス：

平成 年 月 日

お子様氏名：

保護者氏名：

緊急連絡先電話： _____

(上記保護者と連絡先が異なる場合の名前：)