

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て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て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、プチあんずの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、予約のキャンセルの場合、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。

年 月 日

お子様氏名： _____

保護者氏名： _____

※プチあんずだより等のお知らせをお送りしてもよろしいですか？

- はい ご希望の配信内容に○をつけてください。
- ・プチあんずだより（夏期・冬期休業のお知らせ：年2回程）
 - ・登録会のお知らせ（新規登録会のお知らせ：月1回程）

メールアドレス： _____

いいえ