

病児保育室 さくらんぼ 利用票

医師の診察に相違なく報告し、病児・病後児保育室の利用を申し込みます。また、下記の事項全てに同意いたします。

- 1 子どもの容態が急激に悪化した場合、私及び私の代理人が早急に迎えに行きます。また、医療機関での受診・治療・処置を行うことに同意し、要した費用についても支払います。
- 2 万一の病児・病後児保育室内での感染については了承します。
- 3 持参した食事に関する一切の責任は私にあることとし、万一持参した食事の摂取により子どもの体調に異変が生じても苦情は申しません。
- 4 保育室での規則を守り、守れなかった際には、今後利用ができなくなる場合があることに同意致します。

_____ 年 月 日 本人氏名: _____

保護者氏名 _____ (続柄: _____)

お迎え予定	時間	:
	氏名	(続柄: _____)
	本日の 緊急連絡先	氏名: 電話番号:

※お迎え予定の方の変更がある場合は、必ずご連絡ください。
変更のご連絡がなく、上記の方と異なるお迎え者がいらした場合には、
当初のお迎え予定者に連絡・確認させていただきます。

※お迎え時には受付にて身分証の提示をお願いしております。

お迎え時記入欄	お迎え時間	:
	お迎え者サイン	