

同意書

新越谷病児保育室に保育を依頼するにあたり、私は下記事項に同意いたします。

1. 利用規約や貴施設サイトでのお知らせを理解し、記載された内容に同意いたします。
2. 子どもの容態が急変した場合、保育室からの連絡に従い来室することに同意いたします。
3. 子どもの容態が急変した場合、新越谷つむぎこどもクリニックにおいて治療を受けると、さらなる治療が必要になった場合には、同クリニック医師が選択した医療機関への搬送となることに同意します。場合によっては治療を優先し、やむを得ず事後報告になることに同意いたします。
4. お預かり中の診察の際に、健康保険等を使用することに同意いたします。
5. 保育終了時間までに、子どもを迎えに来ることに同意いたします。
また、お迎えの時間や送迎保護者に変更がある際は事前に連絡し、必要に応じて保育室からの指示に従うことに同意いたします。
6. 新越谷病児保育室で撮影した、子どもおよび送迎保護者の写真掲載（貴施設サイト・SNS等の広報、学会発表・論文・書籍等）に
同意いたします。
個人が特定されない状態であれば同意いたします。（後ろ姿や加工しての掲載等）
同意いたしません。

年 月 日

保護者氏名 _____

児童氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____