

同意書

医療法人愛生会
扇町ARTレディースクリニック
理事長 朝倉 寛之 殿

ご利用児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)

貴院のキッズルーム（一時預かり）に上記の者を預けるにあたりましては、
『キッズルームご利用の規約』の内容を十分に理解し同意致します。
また、キッズルーム利用中に転倒、打撲、ケガなどの利用児の事故が生じた場合には、
貴院スタッフにて応急処置を行った後、保護者にて経過観察または必要時受診する事を
了承し、保育スタッフ及び貴院に対して一切の責任を問わないことを約束します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名（保護者） _____