

すずらん歯科クリニック

無料託児サービス・キッズスペース利用同意書

皆様の大切なお子様を安全にお預かりするために、下記の内容をご確認の上署名をお願いいたします。

お預かりするお子様は生後六か月からにさせていただきます。

- ① 無料託児サービスの利用は診察台にご案内後から開始となります。
- ② お預かりする際は担当の保育士にその日の体調をお知らせください。お子様に下痢、嘔吐感染症、風邪の症状及び37.5℃以上の熱がある場合はお預かりをお断りさせていただきます。
- ③ お子様の上着や抱っこひも等のお荷物は保護者の方が管理してください。
- ④ 十分に注意して保育いたしますが、他のお子様がいっしょの場合もあり、一緒に遊んでいる過程で生じた怪我(擦り傷、ひっかき傷等)はご了承下さい。
- ⑤ 長時間泣いてしまう、嘔吐、脱水症状、走り回る等お子様を安全に託児する事ができないと判断した場合は託児をお断りします。
- ⑥ キッズスペースについて万が一事故が発生した場合、事故に対する責任は負いかねます。
- ⑦ 飲食はご遠慮ください。ただし、タオルと飲み物(水やお茶類)はお預かりします。
- ⑧ 保育中に保育士はキッズスペースを離れる事が出来ません。おトイレやおむつ交換等は事前に済ませておきましょう。(トイレにはおむつ替えシートを完備しています)
- ⑨ 使用済おむつ等はお持ち帰りください。替えの下着等をご持参ください。
- ⑩ キッズスペースの利用は年齢不問ですが、保育士によるお預かりは未就学児とさせていただきます。なお、一度にお預かり出来る人数に制限がございます。
- ⑪ 診察後はお子様の待つキッズスペースへお迎えをお願いいたします。
- ⑫ 予約時には、毎回月齢と人数をお申し出ください。ご利用は診察に来院された方に限らせて頂きます。キャンセルの場合は必ず事前にご連絡ください。

※初回のみ記載で結構です。

お子様名	愛称						
生年月日	年	月	日	アレルギー	無	有(具体的に)
くせ	無	有()	人見知り	無	有()
その他注意事項()

以上に同意しました

署名は毎回お願いいたします。

平成 年 月 日 保護者署名