

児童氏名

登録番号

株式会社ポピンズ

同意書

1. 利用規約およびポピンズルーム調布ご案内を十分理解し、書かれた内容に同意します。
2. お子様の容態が急変した場合は、保護者が連絡に従い来所することに同意し、その際に発生する医療費等は、保護者が負担することに同意します。
3. お子様の容態が急激に悪化した場合は、医療機関を受診し、医師が必要と判断した検査、処置、治療等（入院加療含む）が行われることに同意します。なお、その際に発生する医療費や交通費及び諸経費等は、保護者が負担することに同意します。
事前に保護者と連絡が取れない場合であっても、治療を優先し、やむを得ず事後報告になる場合があることに同意します。
4. 病児・病後児保育施設の登録・利用時および医療機関での診療時にご記入、ご提出いただくお子様と保護者に関する個人情報を株式会社ポピンズ及び受診医療機関に提供することに同意します。
5. 病児・病後児保育施設での二次感染の防止には細心の注意を払いますが、お子様の健康状態や他のお子様の疾患状況等により二次感染が生じ得ることに同意します。
6. 保育時間終了、午後5時30分までにお子様を迎えが完了することに同意します。
7. 予約キャンセルの場合、必ず利用当日の午前8時30分までに電話にて連絡することに同意します。

私は、病児・病後児保育施設を利用するにあたり、上記のことに同意します。

年 月 日

保護者氏名：_____（続柄： ） 印または署名（ ）
（緊急時連絡先電話： ）

※必ず電話に出られる状態をお願い致します。

上記保護者と連絡先が異なる場合の氏名：

お子様との続柄（ ）