

# 医療法人社団 高松歯科医院 託児室同意書

対象：当院で治療を受ける患者さんのお子さん 0歳～3歳未満

時間：1時間（治療内容によって伸びることあり）

日時：月・金 10時～13時

お願い：

1. 当日お熱（37℃以上）がある場合や体調不良の場合、また集団保育に適さないと判断した場合はお預かりできない場合があります。
2. お子さまのお手洗いを済まされたあと、ご来室ください。
3. 託児室での食事は衛生面で禁止しております。  
おかしや食事については、コミュニティールームで済ませてからご来室ください。
4. オムツ交換が必要な際は適宜、当方で行います。
5. お子さまの体調が急変した際の応急処置、または火災などにより緊急避難を要する場合は、すぐにお声がけ致しますが、その後の対応や処置を当院にお任せ頂きます。
6. 保育に関して万全の態勢を整えておりますが、万が一事故が発生した場合、当院は故意または重大な過失によって発生したものでない限り、事故に対しての責任は負いかねます。

● お持ち頂く物

保育中に必要と思われる物

飲み物（ミルクは調乳済み）、おむつなどをご持参下さい。

## 【同意書】

私は上記の事を承知した上で、当託児室の利用申込をいたします。

令和            年            月            日

医療法人社団 高松歯科医院 殿

ご署名 \_\_\_\_\_

お子様のお名前（ひらがな） \_\_\_\_\_

ご年齢 \_\_\_\_\_