

みひかるサロン&助産院

池田 匠美 殿

同 意 書

私（保護者氏名： ）は、児（お子様氏名： ）を、
みひかるサロン&助産院に保育を依頼するに当たり、利用規約に則った下記事項に同意いたします。

- 一、 利用案内を十分に理解し、書かれた内容に同意いたします。

- 一、 児が急変した場合、保護者が連絡に従い来院することを同意いたします。

- 一、 保育時間終了までに、児をお迎えに来ることに同意致します。

- 一、 急な延長の時、予約をキャンセルする場合、必ず連絡することに同意します。
キャンセルの場合、利用前日の午後12時までにキャンセルの手続きをすること、
また急なキャンセルの場合も必ず連絡することに同意いたします。

年 月 日

お子様氏名：

保護者氏名：

印(サインも可)

緊急連絡先電話番号：

(上記保護者と連絡先が異なる場合の氏名：)

* 保育中のお子様のご様子のみひかるサロンのブログやインスタなどでご紹介させて頂きたいと考えております。頂いたお写真は大切に保管し、他の用途では使用致しません。

掲載の可否をご記入ください。(可 / 不可)