



キッズルームのご利用申込書・同意書

広島 HART クリニック 理事長 向田哲規 殿

キッズルームのご利用について、利用案内・下記内容を理解した上で利用を申し込みます。

★万が一、キッズルーム利用中に事故や怪我があった場合の責任は一切負いかねます。

★災害発生時の避難集合場所は「マツダスタジアム」となります。

(保護者の方はキッズルームにお子様を迎えに行かれてから避難をお願いいたします。)

※網掛けはスタッフ記入欄のため、記入しないでください

担当ベビーシッター：

キッズルーム予約(利用)日		お子様体温(スタッフ検温)	℃
令和	年	月	日
		診察予約時間	:
診察券番号		お預かり開始時間	:
患者氏名	ふりがな 氏名		
お子様氏名	ふりがな 氏名	(歳 カ月) (自宅での体温: ℃)	アレルギー 有() 無
預ける人	ふりがな 氏名	子との関係 父 母	
迎えに来る人	ふりがな 氏名	子との関係 父 母	

※送迎者が同じ場合は同上でかまいません

★預ける時

キッズルームスタッフへこちらの用紙をお出しください。

スタッフ記入欄へ記入後、クリニック受付スタッフへ診察券と一緒にご提示ください

-----<切り取り線②>-----

★迎えに行くとき

会計終了後は速やかにお迎えをお願いします。会計終了後のお預かりは致しかねます。

会計時にお渡ししますので、お迎えの際にキッズルームスタッフへお渡ししてください

診察券番号：	患者氏名	お迎えに行く人	父 母
会計終了時間 時 分 (スタッフ記入)			

-----<切り取り線①>-----

キッズルームご利用同意書

患者様用

広島 HART クリニック 理事長 向田哲規 殿

別紙、キッズルーム利用上の注意及び、下記の内容を理解し、本日の広島 HART クリニック キッズルームの利用を申し込みます。

★万が一、キッズルームご利用中に事故や怪我があった場合の責任は一切負いかねます。

★災害発生時の避難集合場所は「マツダスタジアム」となります

(保護者の方はキッズルームに迎えにいったから避難をお願いいたします。)

令和 年 月 日 氏名 _____

※今回頂いた個人情報の管理につきましては十分留意し、託児以外では利用いたしません。