

キッズルーム 利用申込書 兼 同意書

保護者 氏名	ふりがな	ご連絡先 (携帯)		お子様との ご関係					
ご住所	兵庫県								
ご利用日時	月	日	時	分	～	時	分	施術名	
お子様 氏名	ふりがな	性別	生年月日						
		男・女	年	月	日生	(	才	ヵ月)	
①これまでに大きな病気をしましたか？		ない ・ ある ( )							
②これまでに大きなケガはしましたか？		ない ・ ある ( )							
③アレルギーはありますか？		ない ・ ある ( )							
④排泄は？		おむつ ・ 自分で知らせる ・ 自分でできる							
⑤伝えておきたいこと、お子様の好きな遊び、キャラクター、姿勢などがありましたらご記入ください。									

キッズルーム利用規程

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、ご署名をお願いいたします。

- ・キッズルームの利用（無料とします）は当院で施術をお受けになるお客様のお子様を対象とし、寝返りが打てる乳児から、未就学児までとします。
- ・お子様のご病気の場合（体調不良・伝染性の病気）はお申込みはお受けできません。
- ・お預けの前に、お子様のお手洗いをお済ませください。
- ・お預かり後、発病された場合や、お子様がスタッフの指示に従っていただけない場合は、託児を中断し、施術中の保護者の方にご連絡する場合がございます。
- ・飲み物が必要な場合は、必ずお子様が自分で飲めるもの（マグボトル・ストローボトルなど）をご用意ください。調乳、授乳、お食事補助はいたしませんので、哺乳瓶、ミルク、離乳食、おやつはお預かりはできません。特にミルクのお子様につきましては、お預かり前に適宜水分補給をお願いします。
- ・お迎えは原則として、施術を受けられるお客様をお願いいたします。代理の方がお迎えに来られる場合は、あらかじめお申し出ください。
- ・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、当院の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、事故に対して責任は負いかねます。
- ・ここで取得した個人情報は、託児ルーム利用の際の申し込み以外には使用いたしません。

《同意書》

私は上記キッズルーム利用規程を承知した上、当キッズルームの利用申し込みをいたします。

大西メディカルクリニック美容 責任者 殿

令和 年 月 日

ご署名

\_\_\_\_\_