

お迎えおよび加療依頼書

年 月 日

さくらのき米山ファミリークリニック
カウベルキッズ様

登録後、通園中に突然の症状出現で、家族へのお迎えの連絡が入った際に、カウベルからのお迎えを保護者に代わって行うことを依頼します。

また、必要時には医療法人桜風会さくらのき米山ファミリークリニックでの加療をすることに同意致します。お迎えの途中でのひきつけや不足の事態に対しての責任は一切問いません。(クリニックでの加療は診療時間内に限ることを承諾致します。)

往復に要したタクシー代・治療費は、当日中に必ずクリニック窓口で支払うことを同意致します。

また、予約後のキャンセルの連絡が午前10時まででない場合には職場・保育所への問い合わせをすることに同意致します。

この同意は登録を抹消するか、依頼があるまでは継続することを了承致します。

登録児氏名 _____

保護者氏名 _____ 印 続柄 _____