

医療法人 聖愛会  
病児・病後児保育室 バンビ甲府西 御中  
理事長 内布 英昭 殿

## 同意書

私(保護者 氏名 )は、  
児(お子様 氏名 )を、  
医療法人聖愛会 病児・病後児保育室バンビ甲府西に保育を依頼するにあたり、利用規約に  
則った下記事項に同意致します。

- 一、ご利用規約を十分理解し、書かれた内容に同意致します。
- 一、お子様が急変した場合、保護者が連絡に従い来院することを同意致します。
- 一、お子様が急変した場合、こどもの森クリニック(医療委託)において、治療を受けることに  
同意致します。場合によっては治療が優先し、治療内容(投薬など)がやむを得ず事後報告  
となることを同意致します。
- 一、保育時間終了までに、お子様をお迎えに来ることに同意致します。
- 一、お子様の個人情報を医療法人聖愛会 病児・病後児保育室バンビ甲府西及びこどもの森  
クリニック(医療委託)に開示することに同意致します。

令和 年 月 日

お子様氏名:

保護者氏名:

印

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: )

※この同意書は年度末の3月31日まで1年間有効と致します。

## Instagram写真掲載に関する同意書

病児・病後児保育室バンビ甲府西では、保育中のお子様の様子を保護者にお伝えするため  
Instagramに写真を掲載しております。つきましては、写真掲載の承諾の可否をお知らせ  
願います。お子様の写真を掲載する場合は、顔・名前などが特定できないよう配慮いたします。

Instagram写真掲載に

同意します

同意しません

令和 年 月 日

お子様氏名:

保護者氏名: