同　意　書

（登録時に提出して下さい）

ふりがな		生年月日	性別
児童氏名		２０　年　月　日	男・女

□　お預かりしているお子さまの、病状に合わせて

保護者の方に連絡をせずに、医師の指示により

【診察・検査や点滴などの処置・薬の服用を開始】することがあります。

＊症状例：高熱、熱性けいれん、嘔吐の繰り返し、脱水、蕁麻疹など

光ヶ丘小児科　ペンギン保育室を利用するにあたり

上記のことを理解し

同意します。　　同意しません。

（どちらかに〇を付けて下さい。）

２０　年　月　日

保護者氏名　　㊞

更新日									
㊞									