

ベビービクス参加同意書

私はかすがいマタニティクリニックのベビービクスが、一般社団法人 日本マタニティフィットネス協会が開発した安全プログラムであること、またベビービクスは親子の絆を深め愛情と信頼関係を築くのに有効であることを理解しており、自己の責任において参加することを承諾します。

また同伴した子供の安全には十分注意し、施設内における不慮の事故・ケガに関して貴院は一切の責任を負わないことを承知した上で参加します。

かすがいマタニティクリニック 院長殿
平成 年 月 日

お母様の署名

ご家族(お父様)の署名

同伴されるお子さんの氏名

(年 月 日生 現在 カ月)



住所

電話番号

携帯電話番号

ベビービクスご参加にあたり、以下のことを教えてください。

- お子さんを普段、なんとよんでいますか？ _____
- お子さんの今のお気に入りは何ですか？ (ジャンルにこだわらずお書きください)

- レッスン参加にあたり、お子さんのことでインストラクターに知ってほしいことはありますか？

- ご自身の身体のこと、インストラクターに知ってほしいことはありますか？(例：腰痛)

- ベビービクスに参加することで期待することはありますか(例：お友達作り)

※なお、上記に記載された個人情報は病院内のみで利用し、当院が責任をもって管理します。