

病後児保育室利用についての同意書

年 月 日

古川橋なの花保育園 宛

〈申請書〉

住所

保護者氏名

㊞

児童氏名

私は、病後児保育事業を利用するにあたり。下記の内容について同意します。

記

1. 児童の状態が悪化した場合には、お迎えをお願いいたします。また、保護者様に連絡が取れない場合や児童の状態が緊急を要する場合は、医療機関への救急搬送などの対応を行います。かかりつけ医での受診が困難な場合は、保護者の了承を得ないまま別の医療機関に搬送することや、医療行為を行うことがあります。医療機関で発生した医療費は、保護者にご負担いただきます。
2. 病後児保育室より指示された預かり時間を厳守してください。
3. 提出された資料を病後児保育室で使用するほか、利用状況（利用年月日・病名等）の統計報告にも使用致します。
4. その他、病後児保育室の指示事項をお守りください。