

病児・病後児保育事業送迎サービス等利用同意書

実施機関の長 宛

年 月 日

同意者(保護者) 住所 酒田市
 氏名 _____
 連絡先 _____

- 病児・病後児保育事業送迎サービス等の利用について、次の事項に同意いたします。
- 送迎サービスは、救急車での搬送などの医療とは明確に異なります。その点に十分ご留意頂いた上で送迎サービスの利用を希望すること。
 - 送迎サービス等でお迎えに行くのは看護師ですが、お子様にとっては面識のない大人です。体調が悪い中、面識のない大人に、知らない場所に連れて行かれることは、お子様の心身への負担が大きいということを十分ご理解頂いた上で送迎サービス等の利用を希望すること。
 - 保護者は、送迎サービス等の実施中、常に連絡のとれる状態とすること。
 - 送迎サービス等の実施中に発生した、お子様の症状の急変等の不測の事態については、送迎サービス等実施機関においても最善を尽くしますが、その結果については送迎サービス等実施機関に責任を問わないこと。
 - 利用実費(診療費、薬等)については、送迎サービス等の実施機関に支払うこと。
 - 医師が必要と認めた検査等(レントゲン・インフルエンザ検査等)について、実施することに同意すること。
 - 受診した医療機関の医師の診察結果によっては、病児・病後児保育施設を利用できない場合もあります。その際は、直ちに保護者がお子様を迎えに来ること。
 - 登録時に申告していただいたアレルギーについて、細心の注意を払いますが、万が一体調不良になった場合においても施設の責任を問わないこと。
 - 本同意書の有効期限は、同意した年度の年度末の3月31日までとなること。送迎サービス等の利用にあたっては、年度ごとの同意が必要になること。

利用児童について

児童氏名	性別	生年月日	在園保育園・認定こども園	お子さんの愛称
ふりがな	男 女	年 月 日 歳 箇月		

受診医療機関について

受診希望順位	第1希望	第2希望	第3希望
医院名			

緊急連絡先について

緊急連絡先	保護者氏名	勤務先・連絡先名	電話番号
	父ふりがな	①勤務先・携帯・自宅	
		②勤務先・携帯・自宅	
	母ふりがな	①勤務先・携帯・自宅	
		②勤務先・携帯・自宅	
	他の親族ふりがな	①勤務先・携帯・自宅	
②勤務先・携帯・自宅			