

同意書

浜松医科大学 病児・病後児保育室 御中

令和 年 月 日

児童氏名：

保護者氏名： 印

病児・病後児保育室を利用するにあたり、下記事項に同意いたします。

- 一、子どもの症状が急変または悪化した場合、保育室からの連絡に従い、迎えに来ること。
- 一、子どもが急変した場合、浜松医科大学医学部附属病院にて治療を受けることに同意いたします。場合によっては、治療が優先し、治療内容がやむを得ず事後報告になること。
- 一、保育室内での感染については、十分に注意をしているが、完全に防止できない場合があること。
- 一、万が一事故が発生した場合、その事故が故意または重大な過失によって発生したものではない限りその責任を問わないこと。
※万が一事故が発生した場合は、保険適用範囲内において補償を受けることができます。

① 緊急時お迎えが可能な方の氏名（続柄） _____（ ）

連絡先 _____

② 緊急時お迎えが可能な方の氏名（続柄） _____（ ）

連絡先 _____