

同意書

私は、病児保育事業を利用するにあたり、下記の内容を了承し、同意します。

記

- 1 診療情報提供書を提出しても、児童の状態により利用できない場合があること。
- 2 利用中は、病児保育室の指示事項を守ること。
また、これに反する場合は利用できなくなることがあること。
- 3 児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、利用を中止する場合があること。
また、その際は、速やかに迎えに来ること。
- 4 児童の症状が急変し、病児保育室の職員が医療機関での受診が必要と判断した場合は、保護者と連絡が取れない場合であっても受診し、医師の診断に基づき医療行為を行うことがあること。
また、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。(市立病院での受診には、非紹介者の初診時選定療養費として1,800円(税別)がかかります。)
- 5 細心の注意を払っているが、施設の性質上、病児保育室内での利用児童同士の感染が起こる可能性があること。
- 6 病児保育室から指示された預かり時間は厳守すること。

大和市長 あて

年 月 日

保護者(署名)
