

同意書

旭川医科大学病児・病後児保育室 殿

年 月 日

児童氏名：

保護者氏名： 印

病児・病後児保育室「のんの」を利用するにあたり、下記事項に同意いたします。

- 一、子どもの病状が急変または悪化した場合、保育室からの連絡にしがいい迎えに来ることに同意いたします。
- 一、子どもが急変した場合、旭川医科大学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に同意いたします。
- 一、保育室内での感染については、十分に注意をしていますが、完全に防止できない場合があることに同意いたします。
- 一、万一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ない限りその責任を問いません。
※万一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 _____