

同意書

私は、下志津病院病児・病後児保育室（以下、病児・病後児保育室）を利用するにあたり、次の内容について同意いたします。

- 1 児童の状態悪化の場合には、保護者の引き取りとすること。
また、保護者に連絡が取れない場合又は引き取りに来るまでの時間が長い場合、児童の具合が緊急を要する時は、医師の判断で保護者の了解を得ないまま治療が行われることがあること。
なお、その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 2 病児・病後児保育室内での子供同士の感染はありうること。仮に起こった場合においても責任を問わないこと。
- 3 病児・病後児保育室から指示された預かり時間は厳守すること。
- 4 病児・病後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ができなくなることがあること。

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構下志津病院長 殿

住 所

保護者氏名

印

児 童 名