

同意書

（利用登録書と一緒に提出してください。）

児童	フリガナ		生年月日		年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢		歳

- ① 二宮町病後児保育事業実施要綱第 2 条に掲げる要件に該当する児童であっても、その健康状態等から実施施設が判断した結果、受入れできない場合があること。
- ② 利用中は、二宮町及び実施施設職員の指示を守ること。
- ③ 利用中の児童の症状等によっては、保護者へ連絡し利用を中止する場合があること。
- ④ 児童の症状が急激に悪化する等の緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行われること。また、保護者との連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。
なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- ⑤ 実施施設は、細心の注意を払って事業を実施するが、やむを得ず病後児保育室内で利用児童同士の感染が起こった場合、二宮町及び当該実施施設はその責任を負わないこと。
- ⑥ 登録や利用申込において二宮町が知り得た情報は、病後児保育事業の範囲において、病後児保育事業実施施設に提供されること。また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。
- ⑦ 児童が施設を利用した際、二宮町病後児保育事業医師連絡票を記入した医療機関と実施施設職員との間で、利用児童の病状や入所時の状況、在所中の様子等について情報を交換する場合があること。
- ⑧ 事業実施にあたり、万一事故等が発生しても、施設側の故意又は重過失である場合を除き、二宮町及び当該実施施設は責任を負わないこと。

（宛先）二宮町長

私は、病後児保育事業の利用に当たり、上記項目に同意します。

年 月 日

保護者氏名

（必ず申請者本人が署名してください）