

病後児保育利用申込書

ふりがな		性別	生年月日
お子さんの名前		男・女	H・R 年 月 日
希望保育期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
希望保育時間	時 分 ～ 時 分		
お迎えに来る方			
現在の保育状況	通園施設名	その他	
かかりつけ医療機関	病院名・主治医	電話番号	
緊急連絡先	①	②	
	氏名	氏名	
	電話番号	電話番号	

かな保育園 園長 殿

同 意 書

病後児保育の利用に際し、下記の項目に同意致します。

- ・利用中は、保育園の指示に従うこと。
- ・利用中の児童の急変等により、保護者の同意を得た上で医療機関の受診または治療措置が行われること。
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。
尚、その際発生する医療費等は保護者が負担すること。
- ・与薬においては医師との相談の上、必要であれば保護者によって保育園が与薬すること。
- ・個人情報の取り扱いについて、保育園が知り得た情報は病後児保育の範囲において市又は医療機関に提出される場合があること。

令和 年 月 日
住 所 : 土浦市

電話番号 : _____

保護者名 : _____ 印