

同 意 書

新規申請の場合は登録書と一緒に提出してください。すでに登録書を提出している場合は、同意書のみ提出してください。

フリガナ 児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
--------------	-------	------	---------------

利用を希望する施設に○をつけてください。 (複数可)		ケアハウス いちばん星(こども園あらや)
		キッズケアハウス こどもの森 (日の出こども園)
		病児保育室りんごルーム(平賀保育園)

以下、確認のうえ✓印を付してください。

- 病児・病後児保育事業の利用期間中は、市及び病児・病後児保育事業実施施設の指示に従うこと。
- 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、病児・病後児保育実施施設が利用を不相当と認めたときは、病児・病後児保育事業の利用を中止します。
- 病児・病後児保育室では担当看護師を配置していますが、医療行為は致しかねます。
- 児童の容体が悪化したり、治療が必要となった場合は、保護者の緊急連絡先に電話をしてお迎えにきていただきます。
- 登録や利用申請において平川市が知り得た情報は、病児・病後児保育事業の範囲において、病児・病後児保育事業実施施設に提出されます。

平川市長 様

私は、病児・病後児保育事業の利用にあたり上記項目に同意し、登録を希望します。

年 月 日

申請保護者氏名

(必ず申請者本人が署名してください)