西条市病児・病後児保育事業同意書

西 条 市 長 　様

私は、西条市病児・病後児保育事業を利用するにあたり、次の内容について同意します。

１　利用の際は、かかりつけ医を受診し、病児・病後児保育事業を実施する施設（以下「実

施施設」という。）に利用申請書及び西条市病児・病後児保育事業利用連絡書を提出する

こと。またかかりつけ医を受診し、利用連絡書を準備した後でも、利用当日の児童の症状

の悪化や、実施施設の受け入れ状況により、利用できない場合があること。

２　病状の急変等の場合は保護者の同意を得た上で、実施施設の指定する医療機関での

　受診、治療、処置が行われること。また、保護者の同意が得られない場合でも、これが

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。

３　登録及び利用申請において、西条市が各関係機関に世帯情報および税情報の照会を

かけること。また、西条市が知り得た情報は、病児・病後児保育事業の範囲内において、

実施施設に提供されること。

４　感染防止に細心の注意を払い保育を行うが、利用児童間の感染を妨げない場合がある

こと。やむを得ず、感染が起きた場合、当該実施施設・西条市は責任を負わないこと。

５　医師が必要と認めた場合に限り、保護者は施設利用中に必要な投薬（内服や座薬など）

　の用法容量を施設に伝え、当該実施施設は保護者の指示通り与薬を行うこと。指示通り

に与薬を行った結果お子様の症状が悪化した場合においては、当該実施施設において

必要な処置を行うが、当該実施施設・西条市は責任を負わないこと。

６　事前に連絡なくお迎えの時間に遅刻したり、無断キャンセルした場合は、今後利用を

お断りする場合があること。

　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

住　　　所

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　（必ず申請者本人が署名してください）

児童氏名