

## 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