

同 意 書

私は、加東市病児病後児保育施設を利用するに当たり、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、施設に「加東市病児病後児保育施設利用申請書」及び「加東市病児病後児保育施設利用連絡票」を提出すること。また、かかりつけ医に受診後、利用当日の児童の症状の悪化により、利用できない場合があること。
- 2 施設が必要と認めるときは、実施施設の指定する医師の診察又は診断を受けなければならないこと。この場合において、当該診察又は診断に要する費用は、保護者が負担すること。
- 3 児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、利用が取消されること。また、施設からの連絡により、利用途中であっても迎えに来ること。
- 4 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者に連絡がつかない場合であっても、医療機関に搬送を行い、受診・治療措置が行われる場合があること。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 児童の保育に当たっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、やむを得ず施設内で児童の相互感染が起こった場合、施設は責任を負わないこと。
- 6 施設から指示された預かり時間を厳守すること。
- 7 登録及び利用申請において、加東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、施設及び加東市民病院に提供されること。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。
- 8 感染のおそれ等により、施設が利用できないことが発生した場合には、施設の指示に従うこと。

加 東 市 長 様

年 月 日

住 所

保護者氏名

児 童 氏 名
