

## 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、かかりつけ医に受診し、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。またかかりつけ医に受診し、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、保護者との連絡が取れない場合でも、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、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 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