

同意書

伊丹市長 宛

私は、病児・病後児保育事業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、かかりつけ医に受診し、実施施設に利用申込書及び伊丹市病児・病後児保育事業医師連絡票を提出すること。また、かかりつけ医に受診した後、利用当日の児童の症状の悪化等により、利用できない場合があること。
- 2 利用申込時に、既に利用定員を満たしているときは、利用できないこと。
- 3 実施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、保護者の負担とする。
- 4 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、実施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。
- 5 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者に連絡せずに、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。
- 6 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、やむを得ず実施施設内で児童の相互感染が起こった場合は、当該実施施設は、責任を負わないこと。
- 7 実施施設から指示された預かり時間は厳守すること。
- 8 登録及び利用申込において伊丹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。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。
- 9 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、実施施設の指示に従う。

年 月 日

住 所

保護者氏名

(本人が自署しない場合は、記名押印してください。)

児童氏名