

病児保育についての承諾書

年 月 日

出水郡医師会広域医療センター

病児保育室 「海の子」 御中

病児保育事業を利用するにあたり、私共、利用病児_____の保護者は利用のしおりを確認の上、以下のことを承諾いたします。

記

- ☐ 1. 病児保育の開始時刻・終了時刻をはじめとする決まり（病児保育利用のしおりの記載事項）
- ☐ 2. 病児保育室 海の子が阿久根市に対し、世帯の状況、利用状況等の個人情報を提供すること。
- ☐ 3. 病児保育中、体調の変化により保育困難となった場合、早急に迎えに来ること。
- ☐ 4. 利用料は利用当日朝に精算すること。（1日 1,000 円、5 時間未満 500 円）
- ☐ 5. 体調の変化によりお迎えが予定より早くなった場合でも、利用時間に関係なく規定料金を支払うこと。
- ☐ 6. 利用申し込み時に虚偽の報告、申請があった場合、今後の利用が困難となる場合があること。
- ☐ 7. 伝染性疾患の病児と同室になり、感染する可能性があることを了承した上で利用すること。
- ☐ 8. 病児保育中における事故については、保険の適用できる範囲内で円満に解決できるよう努めること。

承諾の場合、各項目の ☐ に✓(チェック)を入れてください。

以 上

(保護者自署)

住 所 _____

氏 名 _____ (保護者本人自筆)