

年 月 日

（宛先）小金井市長

同意書

申請者 住所 小金井市 町

氏名 ⑩

※ 自署の場合印は不要です。

児童 氏名

私は、病児・病後児保育事業を利用するに当たり、下記の内容について同意します。

記

- 1 児童の状態が悪化した場合には、保護者が引き取ること。また、保護者に連絡が取れない場合、保護者が引き取りに来るまでの時間が長い場合又は児童の状態が緊急を要する場合は、医師の判断で保護者の了解を得ないまま治療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。
- 2 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。）では、細心の注意を払い保育を実施するが、やむを得ず施設内で児童同士の感染が起こった場合は、実施施設は責任を負わないこと。
- 3 実施施設の利用時間は厳守すること。
- 4 病児・病後児保育事業に関して提出された申込書等の記載内容を実施施設が知ること及び実施施設から利用状況の報告を市が受けること。
- 5 実施施設の利用規約等を守ること。また、これに反する場合は、病児・病後児保育事業を利用できなくなる場合があること。