

同 意 書

山形大学医学部病児保育室長 様

平成 年 月 日

住 所

保護者氏名

印

山形大学医学部病児保育室の利用にあたり、下記の事項に同意します。

記

- 1 子どもの状態により利用当日、受け入れ不可となる可能性があること
- 2 子どもの病状の急変時には、保護者の私又は私の代理の者が 30 分以内に迎えに来ること
- 3 急変時には、病状の変化に対する措置として、山形大学医学部附属病院で受診し、処置を受けること
- 4 病児、病後児を扱う貴施設で、何らかの感染症に罹患する可能性があること
- 5 万一事故が発生した場合、その事故が貴施設での故意又は重大な過失によって発生したものでない限りその責任を問わないこと