様式第4号（第5関係）

**同　　意　　書**

角田市病児保育事業実施者　殿

私は、病児保育事業を利用するにあたり、次のとおり同意します。

１　保育中に病状に変化があったときは、次による対応を行うこと。

* 1. 保育中に病状が急変する等、緊急を要する事態が発生したときは、救急病院等へ移送すること。
	2. 保育中に病状の再発等の理由により、保育の継続が困難な状況と判断されたときは、利用の途中であっても自宅療養をさせるためお迎えにくること。

２　保育中の病状の急変等に対し実施される医療行為を了承すること。

３　保護者と連絡が取れない場合でも、上記の対応が行われることがあること。

４　利用申請等において病児保育事業実施者が知り得た情報は、病児保育事業の範囲において、角田市に提供されること。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。

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　児童氏名

　　　　　　　　　　　保護者氏名