

登録番号

病児保育室利用申込書

令和 年 月 日

病児保育室長殿

保護者 住所 〒

氏名

④

TEL

大分大学病児保育室の利用について、「利用案内」および下記事項の内容を承諾・同意の上、関係書類を添えて申し込みます。

- 貴施設に預けている子どもの病状の急変時には保護者の私および私の代理人のものが早急に迎えに行きます。
- 病状の急変時で、緊急に診療の必要がある場合には、大分大学医学部附属病院を受診し処置を受けることに同意します。
- 貴施設では病児・病後児を対象とし保育をするため、施設内の児から児への水平感染の可能性があることについては了承いたします。
- 持参した食事に関する一切の責任は私にあることに同意し、万一持参した食事の摂取により子どもの体調に異変が生じても貴施設に苦情は申しません。
- 事故が発生した場合、その事故が貴施設での故意または重大な過失によって発生したものでない限り、その責任は問いません。

保 育 児	ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
	氏名		平成・令和 年 月 日	歳 カ月	男 女

【緊急連絡先】

順位	ふりがな	続柄	勤務先等名称及び連絡先
	氏名		
1			(勤務先等) (勤務先TEL) (携帯TEL)
2			(勤務先等) (勤務先TEL) (携帯TEL)
3			(勤務先等) (勤務先TEL) (携帯TEL)

【利用日】

令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
 令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日