

医療機器預かり同意書

児童氏名			
生年月日	年 月 日 生	年齢	歳
機器の種類 (○をしてください)	医療機器() めがね 補聴器 ヘッドギア 装具等() その他()		
保育所等での使用目的			
保育所等での使用開始 及び使用時間帯	使用開始予定 年 月 日 使用時間帯 ()		
保育所等での使用中の 注意事項			
その他			
<p>【同意事項】 □に✓をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 保育中の医療機器等の取り扱いには十分注意しますが、何らかの原因で破損や紛失、こども同士で思わぬアクシデント等が生じた場合、原則として保育所等では補償しかねますのでご了承ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 保育所等での使用は、家庭で十分慣れてからの使用開始としてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急時に備え、保育所等からの連絡が常時とれるようにしておいてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 内容の変更があった場合、「医療機器等預かり同意書」を改めて保育所等へ提出していただきます。</p>			

木津川市長 宛て

医療機器預かり同意書について、確認の上同意します。

年 月 日 保護者署名