

医療機関受診同意書〔印南町学童クラブ〕

印 南 町 長 殿

令 和 年 月 日

保護者氏名（自筆）_____

私は、下記内容について同意いたします。

(同意の内容)

当学童クラブにて、児童が負傷・発病し、保護者に連絡が取れず、当学童クラブの指導員が保護者に代わり医療機関を同伴受診した場合、医療機関の処置及び受診結果（治療内容・注意事項）について説明を得ることの同意。

なお、同意書の有効期限は同意の日から令和9年3月31日までとし、児童が当学童クラブに在籍しなくなった場合は無効とします。

【学童クラブ利用児童】(児童1名につき1枚)

氏名 (ふりがな)	学校名(学年)※利用開始現在 印南町立	性別 小学校(第 学年)
住 所 (〒 -) 印南町大字	電話番号 (自宅)	男・女
	(携帯) - -	
	(携帯) - -	

保護者 各位

印南町学童クラブにおいて、児童が負傷・発病し、直接医療機関を受診する必要がある事態が想定されます。まず保護者の方に連絡をとり対応をお願いすることになりますが、連絡の取れない場合、学童クラブで対応させていただくことも考えられます。

「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」の関係で、医療機関から受診結果について説明いただけない等適切な対応が困難になることが予想されます。

このような事態が起きないようにするためにも、事前に医療機関の処置及び受診結果について説明を得ることの同意をいただきたくお願い致します。

(※町記入欄)



教育長	課長	副課長	担当・係	学童クラブ