

子どもショートステイ利用に関する承諾事項及び投薬依頼書

子どもショートステイ利用に関する承諾事項

- ・利用中に、怪我や発熱等の症状があった場合には、れんげ学園職員による通院を了承します。
- ・持ち込み物品が紛失・破損した場合には利用者としての自己責任として承諾致します。
- ・有事の際には、必要な社会資源の利用を承諾します。(救急・警察・消防)
- ・災害時における第一避難場所は東大和市立第7小学校となります。

※以上の事を理解・承諾した上で、ショートステイの利用を行います。

署名 _____ (印)

ショートステイ投薬依頼

※投薬の必要のない場合は記入及び署名不要です。

薬品名(常時・頓服)	服薬時間	量・数	内服方法(備考・注意点・服薬効能等)
	朝 昼 夜		食前・食後
	朝 昼 夜		食前・食後
	朝 昼 夜		食前・食後
	朝 昼 夜		食前・食後
	朝 昼 夜		食前・食後
	朝 昼 夜		食前・食後
	朝 昼 夜		食前・食後
その他			

上記の条件で、れんげ学園職員による服薬を依頼します。

令和 年 月 日 署名 _____ (印)