

「おせち学生ひのきしん隊」参加中における 病院受診への同意について

ご子女が「おせち学生ひのきしん隊」に参加されている間の安全には、十分に配慮させていただきますが、疾病などにより受診治療が必要と思われる際には、速やかに対応いたします。

万一、病院受診する際には、保護者の方への連絡や状態の報告は常に取らせていただく所存ですが、個人情報保護法の施行により、診療内容や症状の説明等、個人情報に関する部分は保護者の同意がない限り、他者が直接伺うことができなくなりました。病院受診、及びその後の処置・対応をより迅速にさせていただく上からも、宿舎責任者（またはその指名する者）が症状の説明を受けることに同意していただきますようお願い申し上げます。

以上の趣旨をご理解の上、保護者の方の署名・捺印をよろしくお願い申し上げます。

※この同意書は、おせち学生ひのきしん隊参加期間中に傷病等で受診をし、担当医より病状の説明を受ける時以外には使用しません。また、おせち学生ひのきしん隊終了後は個人情報に十分配慮して廃棄致します。

----- キリトリ -----

同意書

参加者氏名	
性別 男・女	生年月日 平成 年 月 日

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印 続柄 ()

緊急連絡先Tel (— —)
(— —)