

病児・病後児デイケア事業（変更）申込書

（あて先） 病児・病後児保育室「ひだまり病児保育室」

貴施設の病児・病後児デイケア事業を利用したいので、下記の説明を受け、説明に同意します。

記

- 1 病児・病後児デイケア事業の利用期間中は、事業実施者の指示に従っていただきます。
- 2 ひだまり病児保育室に入室後は、大同病院の小児科医師の診察があり、状況に応じて必要な薬を処方させていただきます。
- 3 お子様の状態が悪化した場合は保護者の方に連絡させていただきます。その場合は速やかに指示に従っていただきますようお願いいたします。

（説明した担当者） 氏 名 _____

（説明を受けた保護者） 氏 名 _____