医療機器等預かり同意書

※保護者→保育施設（原本）・伊万里市（写）

【様式１２】

　保育施設で医療機器等をお預かりする場合、思わぬアクシデント（破損や紛失、子ども同士の関わり合いの中で起こりうる事象等）を考慮し、安全に保育を実施する必要がありますので、保育施設での安全な医療機器等の取扱いについて、次のとおりお預かりする内容を確認させていただきます。ご理解ご協力のほどお願いいたします。

【確認事項】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保育施設名 | | 歳児クラス | 児童名 |
| 医療機器の名称 |  | | |
| 保育施設での  使用目的 |  | | |
| 保育施設での  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 保育施設での  使用中の注意事項 |  | | |
| その他 |  | | |

【同意事項】　□に✓印をお願いします。

* 保育中の医療機器等の取扱いには十分注意しますが、何らかの原因で破損や紛失、子ども同士で思わぬアクシデント等が生じた場合、保育施設では補償しかねますのでご了承ください。
* 保育施設での使用は、家庭で十分慣れてからの使用開始としてください。
* 緊急時に備え、保育施設からの連絡が常時取れるような体制を整えてください。
* 内容の変更があった場合、「医療機器等預かり同意書」を改めて保育施設へ提出してください。

（施設名）

（施設長名）　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　年　　月　　日

保護者名

以上、確認の上同意します。