

記入日 令和 年 月 日

社会福祉法人 ひまわり福祉会  
ひまわりキッズガーデン有明 園長殿

## 承 諾 書

### 保育中のケガ・病気について

園内において、ケガや発熱などにより、医師の治療が必要であると思われる場合は、保護者に連絡をし、指示を受けるように努力しますが、連絡がつかない場合や緊急の場合は、園側の判断において、病院・医院にて受診の上、担当医師に治療を依頼することを承諾します。

(保護者氏名) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

(生年月日) 年 月 日 \_\_\_\_\_