

医療処理委任状

事業名： 秦野市・坡州市少年サッカー交流事業

期 間： 平成30年8月24日から平成30年8月26日まで

参加者名：

年齢： _____ 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療データについて

1. お子さんは、アレルギー体質や医療処理に特別な配慮を必要としますか。
はい (_____) ・ いいえ
2. 医者から処方された薬の場用や現在特別な治療を受けていますか？
はい (_____) ・ いいえ
3. 今回の訪問日程から考えて、事前に事務局で把握しておいたほうがよい事項はありますか？
ある (_____)
ない

保護者権の委任及び医療にかかわる同意について

_____の保護者（後見人）として、我が子への治療行為を認めます。上記の子どもの健康管理上必要な治療（緊急時又は緊急でない場合も含めて）を認定医が行うことに同意する権限を秦野市職員・秦野市サッカー協会関係者及び特定の付添い人に委任いたします。また、秦野市職員・秦野市サッカー協会関係者及び特定の付添い人が必要な治療及び処置することを認めます。
この同意書は、平成30年8月24日から平成30年3月26日までの期間とします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

秦野市長 様

住所 _____ 参加者との続柄： _____

保護者氏名： _____ (印)