

NPO 法人なみあい育遊会
なみあい冬の山村留学キャンプ

医療機関受診に関する同意書・委任状

私は、下記の子どもが参加するキャンプ期間中において、体調不良・負傷等により医療機関での受診が必要と判断された場合、キャンプ主催者が保護者に代わって医療機関の受診手続きを行うことに同意します。

また、医療機関での受診にあたり、一時的に医療費が自費扱い（10割負担）となる可能性があることを理解し、その後の保険請求（療養費申請）は保護者の責任において行います。

【参加する子どもについて】

- ・ 氏名：
- ・ 生年月日： 年 月 日
- ・ アレルギー・持病・服薬の有無（ある場合は内容）：

【保護者について】

※ご住所、緊急連絡先につきましては、お申込み時の情報を使用させていただきます。
変更がある場合のみ、ご記入下さい。

【委任内容】

キャンプ期間中、必要と判断された場合の医療機関受診および応急処置等の判断・手続きをキャンプ主催者に委任します。

記入日： 年 月 日

保護者署名：