

緊急時医療許可証

関係者各位殿

(児童の名前)

私、_____の保護者は、私の子供が疾病、または事故に見舞われ、私にすみやかに連絡が取れない場合は私への連絡をまたずに子供が医療行為を受ける事を認めます。

保護者氏名 _____

住 所 _____

緊急連絡先 _____

上記以外あれば記入： _____

本許可証有効期間 平成23年 4月 1日から平成24年 3月31日(1年間)

特有のアレルギー、慢性疾患、その他、医学的健康状態(ホームドクター等)あれば記入して下さい

血液型 ()

保護者以外の緊急連絡先(希望する場合のみ記入)

氏名： _____ 関係：() 電話 _____

この許可証は、私の不在時における子供の緊急医療処置を認める目的のみ、私自身の自由意志によって署名し、全面的に権利を委ねるものである。

平成 年 月 日

保護者署名 _____ 印

※本許可証は、緊急医療が必要となった場合を想定してのものであり他の目的には一切使用しません。