

同 意 書

岡 垣 町 長 様
学童保育所指定管理者 様

保育中における不慮の事故について、スポーツ保険及び各家庭での個人保険により、最終的に処置・解決することに同意します。

令和 年 月 日

申請者(保護者)氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※兄弟姉妹がいる場合も1人1枚ずつ書いてください(コピーで可)

自宅付近地図	
	健康保険証の (記号) (番号) かかりつけの病院 (外科) TEL (内科) TEL 児童名: