

# 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 \_\_\_\_\_

印

※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：