

承 諾 書

- 1 症状の急変等で処置が必要な場合、医療処置(点滴・注射・検査)を受けさせることに承諾いたします。
- 2 緊急入院が必要な場合で、保護者との連絡が不可能な場合には、入院等の判断は委任者に一任いたします。
- 3 やむを得ない事故の場合、万全の対処以上の申立てはいたしません。

(委任者)

女川町地域医療センター センター長 様

年 月 日

保護者 住 所 _____
氏 名 _____ 印