



緊急時医療許可書
Medical Emergency Authorization

私は、スクールエイジプログラム職員が必要と判断した場合、子どもに応急処置を施すことを許可します。これは、必要に応じOISTの看護師やその他の緊急医療施設での応急処置も含みます。

I grant permission to School Age Program staff to seek medical care for my child as the staff sees fit. This includes OIST nurse and/or other emergency services when needed.

保護者署名 Parent's/Guardian's Signature: _____

保護者氏名 Parent's/Guardian's Name: _____

児童氏名 Child's Name: _____

備考 Comments: _____
