

医療機関 様

利用登録連絡書

この度、病児・緊急預かり対応基盤整備事業に利用登録いたしましたので、ご連絡申し上げます。

事業の内容は別紙説明文書のとおりです。

今後、医療機関受診に関する代理人である Kids エイド（下記参照）が子ども（ ）を貴医療機関に受診させることがあります。ご了承くださいたくお願い申し上げます。

Kids エイドへご指示いただいた内容の連絡の行き違いにより、子どもの容態の悪化があった際でも、医療機関に対し責任を求めることはありません。

なお、Kids エイドは医療機関に病状連絡票を提出するとともに、利用者からの委任状、Kids エイド会員証（写真付）及び病児・緊急預かり対応基盤整備事業説明文書を持参いたします。

[Kids エイド名簿]

会員番号	氏名	住所	電話番号	備考

（有効期限：平成 年 月 日～平成 年 月 日（1年間））

平成 年 月 日

氏名： 印

住所：

電話番号：