

同意書

石橋地区消防組合消防本部
消 防 長 様

は救急救命士による「エピネフリン製剤」を使用することに
同意します。
生徒の生年月日 年 月 日生 (性別) (歳)

令和 年 月 日

保護者住所
電話番号

保護者氏名 (父) ①
(母)

緊急時電話番号
(携帯電話等) (父)
(母)

学校名

学校住所

電話番号