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）　　　　　　　　 　㊞

　　　　　　　 （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