



キャンベラ補習授業校 (CJSS Inc.)

緊急時の対応に関する委任状

キャンベラ補習授業校 (CJSS Inc.) では、保護者に対し児童／生徒が補習校の管理下にある間に生じた緊急事態に際して、その対応を下記のとおり補習校に委任して頂きます。

記

1. 緊急時における児童／生徒の安全確保のための処置（医療処置の手配を含む）をキャンベラ補習授業校 (CJSS Inc.)（以下「補習校」という。）に委任します。
2. 補習校が可能な限り早急に保護者に連絡をすることを試みる旨、承知しました。
3. 補習校が手配した緊急時の対応に要した費用を支払うことに同意します。（ACT では、救急車による病院への搬送は有料です。）
4. お子さんには、学校での授業や関連活動に影響する何らかの症状がありますか。

はい ・ いいえ

はいと答えた方は下記に症状の詳細、対処方法を書いてください。

(授業、関連活動に影響する症状等)

症 状 : _____

対処方法 : _____

5. アレルギーやショック症状がある場合は、「アレルギー、ショック症状等に対する対処手順」に詳細を記入してください。また、症状が無い方も児童・生徒名、生年月日、緊急連絡先リスト、医療保険に関する情報の欄に記入し署名のうえ提出してください。

(英訳(Translation)) AUTHORIZATION FOR ACTION IN CASE OF EMERGENCY

1. I/we authorise for the School to make arrangements for the welfare of the student (including medical treatment), in an emergency.
2. I/we understand that the School will attempt to make contact with the parents at the earliest opportunity.
3. I/we agree to meet the costs associated with any emergency arrangements made by the School. Ambulance transportation is not free of charge in the ACT.
4. Is there any medical condition that may affect your child at school, or in School-related activities? If so, please give details and indicate treatment measures in below.

(The medical condition that may affect your child at school, or in School-related activities)

5. In case of severe allergies, or anaphylaxis, you are required to supply a separate Medical Emergency Action Plan to the School. Even if there are no symptoms, you are required to write down the name and birthdate of your child, emergency contact numbers, and information about medical insurance on the Medical Emergency Action Plan and submit it.

キャンベラ補習授業校 (CJSS Inc.) 理事長／校長 殿

私、_____ は上記事項を全て確認し同意したうえ、緊急時の対応を貴補習校へ委任します。

日付 : _____年____月____日

署名 : _____

児童・生徒名 : _____