

主治医許可書

記入日： 月 日()

知り得た個人情報 は 厳重に管理し、宮崎ひまわりキャンプの運営に関してのみ使用致します。

主治医の先生へ

宮崎ひまわりキャンプは、宮崎県内で小児がんと闘病している子どもたちを安全に楽しくキャンプに連れていきたいという
願いから、2013年12月に発足しました。このキャンプは小児がんを経験した子ども同士が交流し合い、病気や日常生活に
ついて話し合える場を提供することが目的となります。

そこで、安全に楽しくキャンプに参加するためには、子どもたちの病気や現在の状態などについて知る必要がございます。
ご多忙とは存じますが、主治医の先生方より子どもたちのことを教えていただければ幸いです。

また必要がある場合は、キャンプスタッフより主治医の先生にご連絡差し上げることがあります。恐縮ではございますが、
ご協力の程よろしくお願い致します。

ふりがな

氏名：_____ 生年月日：_____年____月____日(____歳)

病名・発症年齢：_____

病気・治療・薬・活動するにあたって注意すべき点について(出来るだけ詳しくお願い致します。)

親	
---	--

病院名：_____

医師署名 _____

医師との連絡方法 勤務先へ電話・メール・その他()

連絡先 _____