

緊急治療承諾書

年 月 日

名古屋大学総長 殿

私は、(学生氏名) _____ (学籍番号: _____) の保護者(親・後見人)として、上記の者に怪我や病気が起こった場合、もし現地医療機関により必要と判断されるならば、第三国の医療機関への搬送ならびに麻酔と手術及び輸血を伴ういかなる治療も行うことを、現地に動向する引率者または関係者の方に委任します。

※ ごくまれに、研修期間中に入院や手術を必要とする緊急事態になる場合があります。原則としては、学生は保護者の書面による承諾がないと、麻酔や手術を行うことができないので、保護者が以上の事項に署名することをお願いする次第です。これは、緊急事態が起これ、保護者に連絡が取れない場合に、危険な遅れを防ぐためです。

保護者署名 _____ 印 (続柄: _____)