

あて先) 川口市立医療センター  
川口市病院事業管理者 國本 聡

## 撮影（肖像権）に関する同意書

「令和8年度 川口市立医療センター ふれあい看護体験」への参加にあたり、当院の広報活動及び報道のために、写真・動画・画像等を使用して製作するホームページ、インターネットや放送等における媒体等に使用されることを同意いたします。

保護者様とご確認の上、撮影に同意いただける場合は下記にご署名の上、当日、ご提出をお願いいたします。

なお、写真・動画・画像等の撮影は病院内での実施となるため、常にマスクを着用いただいている状態であり、また投稿、記事等には、個人を特定できるような名前、住所、電話番号などは記載いたしません。

令和8年 月 日

生徒氏名（自署） \_\_\_\_\_

保護者氏名（自署） \_\_\_\_\_

---

---

## アレルギーに関する確認書

「令和8年度 川口市立医療センター ふれあい看護体験」の参加にあたり、医療用手袋やヘアキャップなどゴム（ラテックス）を使用した製品を使用、消毒においてはアルコールによる消毒を行います。

ラテックスやアルコールによるアレルギーの主な症状は、「赤み」、「かゆみ」、「腫れ」、「じんましん」、「水疱」などの皮膚障害を引き起こしたり、まれにアナフィラキシーショック（血圧低下や意識障害などの重度の症状）を引き起こす場合があります。

これまで採血などの際の消毒などで、上記のような症状が出たことがある、若しくは恐れがあるかたは事故防止のため、必ず申し出てください。

上記について了承いたしました。

令和8年 月 日

生徒氏名（自署） \_\_\_\_\_

保護者氏名（自署） \_\_\_\_\_