**＜　日本集団精神療法学会　第35回大会　＞　　臨時託児室　利用申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　様 | ご住所　〒ご連絡先　（TEL）　　　　‐　　　　‐学会当日の連絡先　　　　　 - - |  |
| 　　お子様氏名 | ふりがな　 | 年齢 | 　　　　性別 |  |
|  |  | 　　　　歳　　　　ヵ月 | 　男の子　・　女の子 |  |
|  |  |
|  |  | 入室予定時間 | 　　　　　　お迎え予定時間 |
| □5月12日（土）　　　　　 |  | 　　時　　　　分　　　 | 時　　　　分 |
| □5月13日（日）　　　　　　 |  | 　　時　　　　分 | 　　　　　時　　　　分 |
|  |  |  |
| 日常の過ごし方　 |  | 　□ご家庭　　□保育園　　□幼稚園　　□小学校 |  |
| **＊　こちらは事前に記入しておいて下さい** |  |
| 1　食事　　　ミルク（1回　　　cc　　　　時間おき）　　・　離乳食　　　　・　普通食2　排泄　　　オムツ　・　トレーニング中　・　トイレ（1人で出来る・補助する）3　お昼寝　　　有　（　　　：　　　頃　　～　　：　　　頃　）　　・　無4　アレルギー・有　（種類、注意点　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　・　無　　　　　　　 |  |
| **＊　ご利用日に保護者の方がご記入ください** |  |
|  | **健康状態** | **朝食** | **排便** |
| 5月12日（土） |  | □　食べた□　食べてない | □　有□　無 |
| 5月13日（日） |  | □　食べた□　食べていない | □　有□　無 |
| （株）札幌シッターサービス　殿　　＜　日本集団精神療法学会　第35回大会　＞　託児室の利用にあたり別紙「利用規約」に同意した上で託児サービスの申し込みをいたします。 |  |

　　　　　　　　　　　　　　**年　　　月　　　日　　　　保護者氏名**

　上記「利用申込書」にご記入の上　4月23日（月）までにFAXまたはメ－ルでお送り下さい。

なお「利用申込書」の原本は当日託児受付までご提出下さいますようお願い致します。

**FAX番号　011－261－1873**　/**E-mail:info@sapporobaby.com**