

日本薬剤学会第 34 年会 託児室利用申込書

1. 申込者連絡先

保護者氏名	(ふりがな)		
所属			
住所			
電話番号	- - / 携帯電話	-	-
ファックス	-	-	
Eメール	@		
上記以外の 緊急連絡先	氏名/	(お子様との関係/)	携帯電話/

2. お子さまについて

ふりがな		生年月日	平成 年 月 日
氏名		年齢	歳 ヶ月
性別	男 ・ 女	日常の保育	家庭内 ・ 保育園 ・ 幼稚園
排泄について	おむつ・トレーニング中・自立	離乳について	授乳中(母乳・ミルク)・完了済

これまでに大きな病気やケガをしましたか? (ない・ある)

アレルギーはありますか? (ない・ある)

スタッフに把握して欲しいくせや症状があればご記入ください

当日のお世話について、ご要望があればご記入ください

3. 利用希望時間帯

現時点で希望する日時の欄の□にチェック(☑)を記入ください。具体的な利用時間は5月初旬に確認させていただきます。

開催日	午前	午後
1日目 5/16(木)	☐ 09:00-12:30	☐ 13:30-18:30
2日目 5/17(金)	☐ 09:00-12:30	☐ 13:30-18:30
3日目 5/18(土)	☐ 09:00-12:00	☐ 13:00-15:30

同意書

利用児童名 _____ 生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の利用にあたりましては、年会ホームページに記載の「利用案内」の内容に同意いたします。

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者署名 _____ 印