

第150回日本脳神経外科学会九州支部会 託児室利用申込書 (締切り：9/26(金)まで)

(利用申し込み FAX:098-894-5465 または、E-mail: h124677@cs.u-ryukyu.ac.jp 城間)

※ご記入のうえ、上記までFAXまたはメールして下さい。ご署名をお忘れずをお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名		所属	
		様	
現住所：〒			
連絡先：（当日の連絡先として携帯電話の記入もお願いします。個人情報として厳重に取り扱います。）			
□電話		□E-mail	
□FAX		□携帯電話	
利用時間	午前 8：00～午後 6：00		
★お子様について（お子様1名につき、1枚ご利用ください。）			
(フリガナ)		愛 称：	
お子様名：		性 別：	
生年月日： 年 月 日		託児経験： 無 ・ 有（ 回）	
年 齢： 歳 ヶ月			
健康	平熱： ℃		
	アレルギー： 無 ・ 有（具体的に ）		
食事	授乳： 不要 ・ 必要（ 時頃）		
	母乳 ・ ミルク（量 ）ml		
睡眠	お 昼 寝： 時頃～ 時頃		
	寝 方： 仰向け ・ うつ伏せ ・ 横向き 寝る時のくせ：		
排泄	ひとりでできる ・ できない ・ トレーニング中 ・ おむつ		
	教えてくれる ・ 教えてくれない		
その他（注意事項、好きな遊び等）			

* 託児室利用規約を読み理解し、託児依頼を致します。

保護者署名 _____ 印 _____