

第 151 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：3/3(火)

(FAX：0985-84-4571 ・ E-mail：miyazakineuros@med.miyazaki-u.ac.jp )

※上記まで FAX またはメールにてお申込み下さい。ご署名をお忘れなくご記入下さい。

令和 年 月 日

保護者氏名 様	所属
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。)	
<input type="checkbox"/> 電 話	<input type="checkbox"/> E-mail
<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 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) お子様名：		愛 称：
		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)