

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 ケ月	
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