

**第41回日本集中治療医学会学術集会
託児所利用申込書 兼 問診票**

※事前ご予約が必要です。2014年1月24日(金)までにお申込ください。

※お申込先:アートチャイルドケア(株) 西日本統括部 担当:森

FAX:06-6390-1645 もしくは E-mail:nishinohon@the0123child.com

所属		(フリガナ) 保護者 氏名	()
連絡先	TEL: FAX: E-MAIL:	緊急時の連絡先 氏名・お子様との続柄	氏名: 続柄() TEL:

以下のとおり申し込みします。 ※利用日に○をつけ、利用時間をご記入ください。

利用内容	利用日	利用時間		
	[] 2月27日(木)	: ~ :	中抜け(: ~ :)	
[] 2月28日(金)	: ~ :	中抜け(: ~ :)		
[] 3月1日(土)	: ~ :	中抜け(: ~ :)		

<small>フリガナ</small>			
【①お子様氏名】	【愛称】	【性別】	男・女
【生年月日】	年 月 日生	歳	ヵ月
【アレルギー】	有()		無
【持ち物】	オムツ・ミルク・飲み物・着替え・タオル・その他()		
【ミルク】	母乳・ミルク	(時間: 1回	cc)
【排泄】	オムツ・パンツ・トイレ(1人でできる・できない)		
【注意事項など】	(把握してほしいせや症状があればご記入ください)		

お子様2名が利用する場合は以下も記入してください。3名以上の場合は用紙をコピーし記入してください。

<small>フリガナ</small>			
【②お子様氏名】	【愛称】	【性別】	男・女
【生年月日】	年 月 日生	歳	ヵ月
【アレルギー】	有()		無
【持ち物】	オムツ・ミルク・飲み物・着替え・タオル・その他()		
【ミルク】	母乳・ミルク	(時間: 1回	cc)
【排泄】	オムツ・パンツ・トイレ(1人でできる・できない)		
【注意事項など】	(把握してほしいせや症状があればご記入ください)		

※当日、本紙を必ずお持ちください。