発信先（ＦＡＸ）：０２９－３５３－８４７５

公益社団法人　茨城県作業療法士会事務所　宛

※この用紙のみお送り下さい。

ＦＡＸ送信表

平成３０年度　茨城県作業療法士会　総会

託児室申し込み書

○託児室利用可能時間　８：３０～１３：３０

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み者氏名 | （会員番号：　　　　　　　　　　　） |
| 保護者氏名 |  |
| ＴＥＬ／ＦＡＸ |  |
| 緊急連絡先 |  |
| メールアドレス | ＠ |
| お子様の  年齢・性別 | 【１人目】年齢：　　歳　性別：□男児　□女児  【２人目】年齢：　　歳　性別：□男児　□女児  【３人目】年齢：　　歳　性別：□男児　□女児 |
| 持参品  （オムツ、玩具、寝具、おやつ、昼食、飲料水　など） | * ・ * ・ |
| 注意事項　等 |  |

※昼食の用意はございません。各自ご用意をお願い致します。

※個人情報は当研修会・総会時のみに使用いたします。