

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: <input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児 【2人目】年齢: ____歳 性別: <input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児 【3人目】年齢: ____歳 性別: <input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 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。