

第11回茨城県作業療法学会

託児所 申込書および同意書 *お子様1人につき1枚使用して下さい。

| 保護者情報 | | | |
|--------------------------|--|--|----------------|
| 保護者 | フリガナ | | フリガナ |
| 氏名 | 様 | ご住所 | |
| ご連絡先 | TEL : | 当日 連絡先 | |
| ご利用 時間 | 終日(8時半~17時頃)・AMのみ(8時半~13時頃)・PMのみ(12時半頃~17時頃) *希望時間に○ | | |
| お子様情報 | | | |
| お子様名 | フリガナ | 性別 男・女 | 普段の呼び方は? () |
| | | 生年月日 | 平成 年 月 日 () 歳 |
| 日常の保育は? | | 家庭内・保育園・幼稚園 | |
| これまでに何か大きな病気や怪我はありましたか? | | ない・ある () | |
| アレルギーはありますか? | | ない・ある () | |
| 普段の体温は? | | ℃ | |
| オムツの交換は?*希望する方に○を付けて下さい。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・ _____ 時間おきにしてください。 ・ 濡れていなければ替える必要はありません。 | |
| 他に連絡事項がありましたら、お書き下さい。 | | | |
| お子様の受け取りの際、身分証明書の希望は? | | 学会の名札 ・ 免許証 | |

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただきました情報は、託児業務の基本情報として利用し、それ以外では一切使用致しません。託児利用後は、すみやかに破棄致します。

同意書

私は、本学会における託児所の利用規定を確認し、了承した上で託児所を利用いたします。

平成 年 月 日

茨城県作業療法士会
会長 大場耕一 殿

申込者氏名: (印)

住所
電話