

保護者様各位

託児の利用規約

ご利用申し込みは3月31日までに別紙ご記入の上、FAXにてお願いいたします。
FAXを頂いた後、メール等で申し込みを承ったことをご連絡致します。
連絡がない場合は電話、メール等でご確認頂けると幸いです。
事前のお申し込みがない場合は当日ご希望なされてもご利用できません。

下記の点にご注意頂ければ幸いです。
当日は受付まで起こしてください。託児室までご案内いたします。

申込先 FAX 番号 : 0166-68-2559

《対象年齢と利用費用》

- 対象年齢は生後3ヶ月～就学前までです。
- 利用費用は無料です（学会にて負担いたします）。

《ご持参頂くもの（必要な方のみ）》

- 飲み物（お茶・お水等）、おやつ
- 離乳食、哺乳瓶、お湯、1回分ずつに小分けした粉ミルク
- お着替え、オムツ、おしり拭き、汚れ物用ビニール袋（汚れ物はお持ち帰りください）

※ 持ち物には必ずご記名をお願いします。

《昼食》

- 子供さんの食事は準備していただくか、親御さんと一緒にお願いいたします。

《お薬》

- 投薬は保護者様にお願い致します。シッターからの投薬は控えさせていただきます。
- その日の体調や希望など受付時にお伝えください。

《その他》

- お熱が38度以上ある場合、嘔吐・下痢が激しい場合、伝染性の病気、皮膚疾患がある場合（水疱瘡・インフルエンザ・とびひ等）は、お預かりができません。1週間以内にこれらの症状があった場合は、受付時にお知らせください。
- 安全配慮上、お預け入れとお迎えは、同じ方（保護者様）にてお願い致します。

《お問い合わせ》

- 第35回耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 事務局 高原 幹
メールアドレス jiao35@asahikawa-med.ac.jp 電話番号 0166-68-2554

ご記入ご捺印のうえ、**3月31日までに**下記 FAX へお申し込みください

申込先 FAX : 0166-68-2559

この申込書は利用初日に託児室までお持ちください。**託児室場所は総合受付にてご案内致します。**

第35回日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 託児室利用申込書

第35回耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 事務局 宛

託児室の利用にあたり、「利用規約」および「個人情報の取り扱いについて」に同意した上で申込みます。

ふりがな			
保護者氏名	印		
連絡先	住所		
	TEL	メールアドレス	
	FAX		
	当日の緊急連絡先(携帯など)		
申し込み人数	名		
お子さまのお名前 (愛称)	ふりがな	性別	男 ・ 女
	()	お預け時のご年齢	才 ヶ月
託児時間 (□にチェックして 下さい)	<input type="checkbox"/> 4月13日(木)	<input type="checkbox"/> 4月14日(金)	<input type="checkbox"/> 4月15日(土)
	: ~ :	: ~ :	: ~ :
保育上の注意点 ●アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ●日常の保育 : <input type="checkbox"/> ご家庭 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園			
お子さまのお名前 (愛称)	ふりがな	性別	男 ・ 女
	()	お預け時のご年齢	才 ヶ月
託児時間 (□にチェックして 下さい)	<input type="checkbox"/> 4月13日(木)	<input type="checkbox"/> 4月14日(金)	<input type="checkbox"/> 4月15日(土)
	: ~ :	: ~ :	: ~ :
保育上の注意点 ●アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ●日常の保育 : <input type="checkbox"/> ご家庭 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園			

< お問い合わせ先 第35回耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 事務局 >

TEL : 0166-68-2554 (平日 9:00-17:00)

E-mail : jjao35@asahikawa-med.ac.jp