****

**第２6回千葉県作業療法士学会　託児室申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 申込者氏名(会員名) |  |
| 連絡先 | 住所　〒　　　　　－ |
| TEL　　　　　　　　－　　　　　　　　－　　　　　 | FAX　　　　　　　　　　－　　　　　　　　－　　　　　 |
| **当日の緊急連絡先（携帯など）　　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　－**　　　 |
| お子さまのお名前（愛称） | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　 | 性別　 　 　男　　　・　　　女 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　） | 託児当日のご年齢　　　　　　歳　　 　　ヶ月　  |
| 保育上の注意点　●アレルギー：　□無　□有( )　●日常の保育：　□ご家庭　□保育園　□幼稚園 |
| お子さまのお名前（愛称） | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　 | 性別　 　 　男　　　・　　　女 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　） | 託児当日のご年齢　　　　　　歳　　 　　ヶ月 |
| 保育上の注意点　●アレルギー：　□無　□有( )　●日常の保育：　□ご家庭　□保育園　□幼稚園 |
| 託児時間該当時間を記入 | **3月9日(日)** | **：　　　　　～　　　　　：** | **□領収** ￥ |

「不測の事故に対応するために株式会社　ファインスマイルが保険に加入しており、保険範囲で補償されます。学会及び事務局は、

事故の責任は負いません。」

株式会社　ファインスマイル　御中

私は第26回千葉県作業療法士学会託児室の利用にあたり、上記及び「託児ご利用規約」を理解・同意した上で託児サービス申込みを致します。

****　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　申込者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印