

令和 年 月 日

託児申込書について

宮崎県医師会地域医療課 平川ゆう子
Tel 0985-22-5118 Fax 0985-27-6550

この度は託児にお申込みいただき誠にありがとうございます。
お子様の情報など必要事項をご記入のうえ、ご返送をお願い申し上げます。

(注意事項) 託児の保育士を「みやざき子ども文化センター」から派遣してもらっていますので、キャンセルの際は必ず早めにご連絡いただきますようお願いいたします。

宮崎県医師会地域医療課 行 (FAX0985-27-6550)

託 児 申 込 書

【行事・日時】 日本プライマリ・ケア連合学会第18回九州支部総会・学術大会
1月20日(土)、21日(日)

ふりがな			
氏 名		性別	女 ・ 男
生年月日		年齢	才
健康状態	・良好 ・気になるところがある ()		
食 事	・母乳 ・ミルク (時頃, CC) ・離乳食 ・普通食		
アレルギー	・ない ・ある ()		
排 泄	・おむつ ・トイレ (自分で言える ・ 声かけが必要)		
お昼寝	・保育中眠るかもしれない (時頃) ・眠らない		
ふりがな			
保護者氏名	当日連絡先		
お預け希望日	月 日 ()	時間	: ~ :
	月 日 ()	時間	: ~ :
その他気を付けて欲しいことがあればご記入ください			

(お子さんが複数の場合はコピーしてご利用ください) "