

※ご記入の上、E-mailかFAXにてお申し込み後、ご利用当日、保育士にご提出ください。

## 託児室利用申込書

第70回日本皮膚科学会西部支部学術大会の託児室ご利用規約に同意した上、下記の通り申し込みます。

保護者氏名		緊急連絡先	母携帯 父携帯 その他( )		
所属先 勤務先・院名 など		連絡先			
住所	(自宅・勤務先) 〒  (マンション名・科名など)				
お子様氏名	ふりがなを必ずご記入ください 愛称:	年 齢	才 ヶ月	性 別	
お子様氏名	ふりがなを必ずご記入ください 愛称:	年 齢	才 ヶ月	性 別	
お子様氏名	ふりがなを必ずご記入ください 愛称:	年 齢	才 ヶ月	性 別	
ご利用日	11月10日 (土) : ~ : 11月11日 (日) : ~ :				
持ち物	<input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> おしりふき <input type="checkbox"/> ビニール袋 <input type="checkbox"/> ミルク一式 <input type="checkbox"/> 飲み物 <input type="checkbox"/> お弁当 <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> その他( )				
健康状態	*アレルギーなどないですか?				
ミルクサポート	要 不要	昼食サポート	要 (お弁当持参)		
(飲食の時間、排泄サポートの要・不要、体調その他 気にかかることを記入してください。)			不要 (保護者が迎えに来る)		
			不要 (昼食時間にかからない)		
			その他 ※下記にご記入ください。		

■■■託児委託■■■  
ちゅうりっぷ託児の会

■■■■■託児予約先・会期前お問合せ先■■■■■  
第70回日本皮膚科学会西部支部学術大会 運営事務局  
公益社団法人日本皮膚科学会 総会・学術大会チーム  
〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-4  
Tel: (03)3811-5079 / Fax: (03)3812-6790  
e-mail: wjda70@dermatol.or.jp