

日本小児歯科学会関東地方会第30回記念大会・総会

託児所設置のご案内

大会会長 早川 龍
準備委員長 浜野 美幸

日本小児歯科学会関東地方会第30回記念大会・総会では、会員の方に安心して参加していただくために、託児所を設置いたします。

なお申し込みは本学会会員に限ります。完全事前申し込み制になっております。

託児開設時間：9月13日（日）9:30～17:00（最終引き取り時間）

託児受付時間：9:00～12:00（最終受付を13:00までは総合受付で行いますが、それ以降は受付いたしませんのでご注意ください）

年齢：生後6か月～未就学児

定員：6名（定員になりしだい受付終了）

申し込み締め切り：9月2日（水）午前まで。

予約手数料（子ども1人につき5,000円）入金締め切り：9月2日（水）まで。

予約手数料は学会当日、託児受付にてお手続き後に返金いたします。

ただし8月27日（木）以降のキャンセルおよびご連絡ない場合は返金不可となります。

また締め切り日までに入金されない場合はキャンセルとみなしますのでご注意ください。

以下にある申し込み用紙をダウンロードして、ピジョンハーツ株式会社運営本部 ウェンディ事業部（担当：吉田）に FAX03-3661-4281 にてお申込みください。

担当者より、確認と利用規約、入金等の詳細についてご連絡いたします。

託児ルーム 利用申込書 及び 同意書

お子様 1 人に 1 枚でお願いします

学会会員 番号	保護者氏名	申込日	ご利用予定時間	実際ご利用時間	ご利用時数
		月 日	: ~ :	: ~ :	時間 分

託児中緊急連絡先 必須

携帯電話（所有者 _____） _____ - _____

○緊急連絡先（自宅・携帯電話以外、遠方でも可）

氏名： _____（お子様との関係： _____）
ご住所：〒 _____ お電話 _____ - _____

○お子様について

ふりがな お子様名	男・女	平成 年 月 日 生 (才 ヶ月)	日常の保育 家庭内・保育園・幼稚園
①これまでに大きな病気をしましたか。（ある _____ ・ ない _____）			
②これまでに大きなケガをしましたか。（ある _____ ・ ない _____）			
③アレルギーはありますか。（ある _____ ・ ない _____）			
④ひきつけを起こした事がありますか。（ある _____ ・ ない _____） ・ ある場合 初回 _____ ヶ月頃（その後 _____ 回） ・ 熱性けいれんの場合 _____ °C以上			
⑤スタッフに把握してほしいクセや症状があればお書き下さい。			
⑥本日のお世話中の食事・おむつ替えなどのご要望についてお書き下さい。 ア） _____ 時 _____ 分頃に ミルク・母乳を _____ c c 飲ませて下さい。 _____ 時 _____ 分頃に お食事（おやつ）をあげて下さい。（内容： _____） イ） その後 _____ 時間後に _____ をあげて下さい。 ウ） a. おむつ替えは _____ 時間おきにして下さい。 b. おむつはぬれていなければ替える必要はありません。 エ） その他注意点			

同 意 書

ピジョンハーツ株式会社 殿 _____ 年 月 日

利用児名： _____ 利用児名： _____

上記の者の利用にあたりましては、別紙「託児ルーム 利用規約」の内容に同意いたします。

住 所 _____

ご自宅電話 _____ - _____

保護者氏名 _____ 印 _____

※お手数ですが、「印」の部分に捺印かサインをお願い致します。