

ピジョンウェンディイベント保育 利用申込書及び同意書

□第34回関東地方会

□小児歯科学会会員 No.

□メールアドレス :

ご利用日	ご利用予定時間	実際のご利用時間	合計
月 日 ()	: ~ :	: ~ :	時間 分

○託児中緊急連絡先 ※託児中に関わらず、緊急時にはご連絡を差し上げることがございます。

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 ℃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本日のお世話中のおやつ・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 分頃におやつ・お食事をあげて下さい。(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「ピジョンウェンディイベント保育利用規約」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いたします。