

FAX: 029-353-8475 茨城県作業療法士会事務局 水野 宛て

第10回茨城県作業療法学会

託児所 申込書および同意書 *お子様1人につき1枚使用して下さい。

保護者情報			
保護者	フリガナ	フリガナ	
氏名	様	ご住所	
ご連絡先	TEL :	当日 連絡先	
ご利用 時間	終日(8時~17時半頃)・AMのみ(8時~13時頃)・PMのみ(12時半頃~17時半頃) *希望時間に○		
お子様情報			
お子様名	フリガナ	性別 男・女	普段の呼び方は?()
		生年月日	平成 年 月 日()歳
日常の保育は?		家庭内・保育園・幼稚園	
これまでに何か大きな病気や怪我はありましたか?		ない・ある()	
アレルギーはありますか?		ない・ある()	
普段の体温は?		℃	
オムツの交換は?*希望する方に○を付けて下さい。		・ _____ 時間おきにしてください。 ・ 濡れていなければ替える必要はありません。	
他に連絡事項がありましたら、お書き下さい。			
お子様の受け取りの際、身分証明書の希望は?		学会の名札 ・ 免許証	

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただきました情報は、託児業務の基本情報として利用し、それ以外では一切使用致しません。託児利用後は、すみやかに破棄致します。

同意書

私は、本学会における託児所の利用規定を確認し、了承した上で託児所を利用いたします。

平成 年 月 日

茨城県作業療法士会
会長 大場耕一 殿

申込者氏名: (印)

住所
電話