



第12回千葉県作業療法士会学会 託児室申込書

※ご記入の上、利用当日にご持参ください

ふりがな			
申込者氏名 (会員名)			
連絡先	住所 〒 -		
	TEL - -	FAX - -	
	当日の緊急連絡先(携帯など) - -		
お子さまの お名前(愛称)	ふりがな	性別 男 ・ 女	
	()	年 月 日生 託児当日のご年齢 歳 ヶ月	
保育上の注意点 ●アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ●日常の保育: <input type="checkbox"/> ご家庭 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園			
お子さまの お名前(愛称)	ふりがな	性別 男 ・ 女	
	()	年 月 日生 託児当日のご年齢 歳 ヶ月	
保育上の注意点 ●アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ●日常の保育: <input type="checkbox"/> ご家庭 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園			
託児時間 (該当時間を記入)	2月27日(日)	: ~ :	<input type="checkbox"/> 領収 ¥

「不測の事故に対応するために(株)アルファ・コーポレーションが保険に加入しており、保険範囲で補償されます。
学会及び事務局は、事故の責任は負いません。」

株式会社 アルファ・コーポレーション 殿

私は第12回千葉県作業療法士会学会託児室の利用にあたり、上記及び「託児ご利用規約」を理解・同意した上で託児サービス申込みを致します。

20 年 月 日 申込者氏名 _____ 印

