第２５回千葉県作業療法士学会　託児室申込書

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	
	(　　)	託児当日のご年齢 歳　　ヶ月	
保育上の注意点　●アレルギー：　□無　□有(　　)　●日常の保育：　□ご家庭　□保育園　□幼稚園			
お子さまの お名前 (愛称)	ふりがな	性別　　男　・　女	
	(　　)	託児当日のご年齢 歳　　ヶ月	
保育上の注意点　●アレルギー：　□無　□有(　　)　●日常の保育：　□ご家庭　□保育園　□幼稚園			
託児時間 該当時間を記入	**３月３日(日)**	**：　　～　　：**	**□領収　¥**

「不測の事故に対応するために株式会社　ファインスマイル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　ファインスマイル　御中

私は第 25 回千葉県作業療法士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。

年　　月　　日　　申込者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印