**第３５回日本呼吸器外科学会総会・学術集会連絡票**

記入日 年 月 日

◇託児ご希望時間（ご利用予定日に○をお書き下さい）

（ ）5 月16 日（水）【午前・午後 時 分～午前・午後 時 分】

（ ）5 月17 日（木）【午前・午後 時 分～午前・午後 時 分】

（ ）5 月18 日（金）【午前・午後 時 分～午前・午後 時 分】

（ ）5 月19 日（土）【午前・午後 時 分～午前・午後 時 分】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者氏名 | 様 |  |  |  |
| ご住所 〒 | | | | |
| お電話番号 | 緊急ご連絡先（携帯電話等） | | | |
| お迎えに来る方のご氏名 |  | 続柄 | ／身分証名：保険証・免許証・その他（ | ） |

□お子様のお名前（フリガナ）：

□性 別： 男 ・ 女

□愛 称：

□生年月日： 年 月 日

□年 齢： 歳 か月

□人見知り： 有 ・ 無

□アレルギー：無・有( )

□授 乳：不要・要( 時間ごと)

授乳予定時間( 時頃)

一回のミルク量( )

□排 泄：ひとりでできる・できない

トレーニング中・オムツ

知らせる「 」と言う

知らせない( 分おき)

□お昼 寝：有 時～ 時頃( 時間) 寝方(仰向け･うつ伏せ･横向き)・無

□好きな遊び：

※連絡票はお子様お 1 人につき 1 枚をご送信下さい。

お申込の際には、【同意書・申込書】も併せてご送信をお願い致します。

今回お預かりした個人情報は、当該託児業務遂行以外の目的では使用いたしません。

ご送信先 FAX：03-5771-0769

株式会社ラヴィ