

令和4年 月 日

宮崎県医師会地域医療課 神園 桃子
Tel 0985-22-5118・Fax 27-6550

託児申込書について

この度は託児にお申込みいただき、ありがとうございます。
お子様の情報など必要事項をご記入の上、ご返送ください。

(注意事項) 託児の保育士を「みやざき子ども文化センター」から派遣してもらっていますので、キャンセルの際は早めに必ずご連絡いただきますようお願いいたします。

宮崎県医師会地域医療課 行 (FAX0985-27-6550)

託 児 申 込 書

【行事・日時】 日本小児科医会生涯研修セミナー令和4年10月9日(日)

ふりがな			
氏 名		性別	女 ・ 男
生年月日		年齢	才
健康状態	・良好 ・気になるところがある ()		
食 事	・母乳 ・ミルク (時頃, CC) ・離乳食 ・普通食		
アレルギー	・ない ・ある ()		
排 泄	・おむつ ・トイレ (自分で言える ・ 声かけが必要)		
お昼寝	・保育中眠るかもしれない (時頃) ・眠らない		
ふりがな			
保護者氏名		当日連絡先	
その他気を付けて欲しいことがあればご記入ください			

(お子さんが複数の場合はコピーしてご利用ください) "