　　　第7回　日本プライマリ・ケア連合学会関東甲信越ブロック地方会

　　　　　　　　　　　　　　　託児申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者  （当日、お子様をお預けになる方をご記入ください） | ふりがな |  |
| 氏名 | 印 |
| ご連絡先 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自宅・勤務先） |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 当日の緊急連絡先（携帯電話番号等） |  |
| お子様 | ふりがな |  |
| 氏名（愛称）  性別 | （　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　　女 |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日　　生まれ  満　　　才　　　ヶ月 |
| 日常の保育 | ご家庭　保育園　幼稚園　小学校 |
| アレルギー | 無　　　　有　（　　　　　　　　　　　　　） |
| * 保育スタッフに伝えておきたいことがあればご記入ください | |

　申込み方法　FAXまたは、E-mail　にてお申し込みください。

　　FAX　０４７－３４７－２５２６　　　　E－mail　　[nikonikoroom@sage.ocn.ne.jp](mailto:nikonikoroom@sage.ocn.ne.jp)

お問い合わせ先　：　　医療法人社団弘知会　ニコニコルーム

　　　　　　　　　　　　TEL:　０４７－４３７－２５２５