

第 10 回秋田県人工呼吸器安全対策セミナー 託児室利用申込書

利用規約をご理解の上ご記入下さい。

申込日：平成 年 月 日

お申込者情報			
(ふりがな) 保護者氏名		勤務先名 (職種)	()
連絡先① 【自宅】	〒	TEL :	
当日の連絡先	<携帯番号>	<携帯メールアドレス>	
連絡先② 【緊急連絡先】	※当日連絡先（お申込者）に連絡がとれなかった場合(携帯・自宅とも)の緊急連絡先		
	(ふりがな) 氏名 :	お子様との関係 :	
	TEL :		
ご利用予定時間	時 分 ~ 時 分		
お子様情報			
(ふりがな) お子様氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	H 年 月 日 (歳)
いつもの呼び方	好きな遊び		
アレルギー その他注意点	無 ・ 有 ()		
おしっこについて		うんちについて	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一人でできる。 ・ ほぼ一人でできるが手伝いがいる。 ・ トイレに連れて行くとする。(時頃) ・ トレーニング中 (時頃) ・ おむつ 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 一人でできる。 ・ ほぼ一人でできる。 ・ トイレに連れて行くとする。(時頃) ・ おむつ 	

※ご記入頂く情報につきましては、託児業務の範囲を超えての使用は一切いたしません。
また、この用紙は託児ルーム閉設後速やかに細断処理いたします。

<h3 style="margin: 0;">同 意 書</h3> <p style="margin: 5px 0;">公益社団法人秋田県臨床工学技士会 理事長 佐藤賢行 殿 私は、「利用規約」の内容に同意し、託児室の利用申し込みをいたします。</p> <p style="margin: 10px 0;">平成 年 月 日 保護者氏名 印</p>
--

送信先 FAX : 018-829-5834

公益社団法人秋田県臨床工学技士会事務所
〒010-1495 秋田市上北手猿田字苗代沢 222-1
秋田赤十字病院 医療技術部臨床工学課 大山幸男
TEL 018-829-5000 E-mail yukio_oyama@akita-med.jrc.or.jp