

第36回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会託児 参加者専用
受付申込書

記入日 令和 年 月 日

TEL : 053-414-5577 / FAX : 053-439-0088 / アドレス : hoiku@aicare.co.jp

(注) 別紙規約書を必ずお読みいただいてからお申込みください。

申込者	印
住所	〒
電話	※携帯電話など学会当日ご連絡の取れる番号を記入ください。
FAX	
メールアドレス	

ふりがな
★お子様名

平成・令和 年 月 日生 (歳) 男/女

血液型	型 (不明の場合は未記入で結構です)	
アレルギーの有無	有/無 ()	
既往歴の有無	有/無 ()	
生活面 ○で囲んでください	排泄	紙パンツ / 下着 (自立)
	食事	ミルク / 介助 / 自分で食べられる
	睡眠	する / しない (午前 / 午後)
保育利用日時	月 日 () : ~ :	
	月 日 () : ~ :	
気をつけて欲しいこと等		

ふりがな
★お子様名

平成・令和 年 月 日生 (歳) 男/女

血液型	型 (不明の場合は未記入で結構です)	
アレルギーの有無	有/無 ()	
既往歴の有無	有/無 ()	
生活面 ○で囲んでください	排泄	紙パンツ / 下着 (自立)
	食事	ミルク / 介助 / 自分で食べられる
	睡眠	する / しない (午前 / 午後)
保育利用日時	月 日 () : ~ :	
	月 日 () : ~ :	
気をつけて欲しいこと等		

(株)アイケア ベビーシッター/あいあい