

FAX 送信先 : 03-6717-2791

第 25 回日本輸血・細胞治療学会秋季シンポジウム 運営事務局 (株) メッド 宛
品川営業所 〒108-6028 東京都港区港南 2-15-1 品川インターシティ A 棟 28 階 Tel 03-6717-2790

《申込用紙》

| | | | |
|--------|-----------------------|----|--|
| お預かり日時 | | 場所 | |
| 日 に ち | 平成 年 月 日 (予約日: 月 日) | | |
| 時 間 | AM・PM 時 分 ~ AM・PM 時 分 | | |

お子さんについて

| | | |
|---------------------|------|----------|
| ふりがな お名前 (愛称) | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 平成 年 月 日 |
| | 年 齢 | 歳 ヶ月 |

体調・体質など

| | | | | |
|-------------|-----------------------|-------|----------------|-----------|
| 平 熱 度 | アレルギーの有無 | 有 ・ 無 | 血液型 | RH+ ・ - 型 |
| 【検温】(発熱時) 度 | 【具体的に】 「 」アレルギー | | その他【かかりつけ病院など】 | |
| 睡眠 (託児中) | AM・PM 時 分 ~ AM・PM 時 分 | | | |

持ち物の確認

| 持参した物に✓をして下さい。 | 備考 |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 紙おむつ・紙パンツ・布おむつ・パンツ | 【託児中交換した時間】 |
| <input type="checkbox"/> おしり拭き・袋 | |
| <input type="checkbox"/> 着替え | 【託児中交換した理由】 |
| <input type="checkbox"/> タオル・おしぼり・エプロン | |
| <input type="checkbox"/> 粉ミルク・お湯 (母乳の方もお知らせ下さい) 【大体何時間位おき】 【飲んできた時間】 | 【託児中与えた時間】 【量】 ml |
| <input type="checkbox"/> 飲み物 (白湯・お茶・ジュース) | 【託児中与えた時間】 |
| <input type="checkbox"/> おやつ | 【託児中与えた時間】 |
| <input type="checkbox"/> おもちゃ | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

保護者

| | | |
|------------|-----------|--------------|
| 氏 名 | 印 | お子さんとの関係 () |
| 住 所 | 〒 () - - | |
| 緊急連絡先 (携帯) | TEL | |

----- (以下は記入不要) -----

担当者

| | |
|----------------|---|
| 保育サポーター・ひよこちゃん | 印 |
|----------------|---|