

送付先：第 30 回日本小児外科 QOL 研究会事務局
FAX: 059-232-6968

同研究会 託児室利用申込書・同意書

保護者氏名： _____

ご住所： _____

お電話番号： _____ 緊急連絡先： _____

メールアドレス： _____

ご利用希望時間： 時 分 ~ 時 分

お子さまのお名前（ふりがな）： _____（ _____ ）

愛称： _____ 性別： 男 ・ 女

年齢： 歳 ヶ月 託児経験： 無 ・ 有

授乳： 不要 ・ 要（ 母乳 ・ ミルク ）

授乳予定時間（ _____ 時頃） 1 回のミルク量（ _____ ）

排泄： 自立 ・ トレーニング中 ・ おむつ

尿意、便意を伝えることが できない ・ できる

おむつ交換： a おむつ交換は _____ 時間おきにして下さい。

： b おむつは濡れていなければ換える必要はありません。

お昼寝： 有 _____ 時~ _____ 時頃（ _____ 時間）（寝方 _____ ）

： 無

アレルギー： 無 ・ 有（ _____ ）

その他：（必要なお連絡事項をお書きください。）

私は、「第 30 回日本小児外科 QOL 研究会託児室のご利用案内」に記載された内容を承知した上で、当託児室の利用申し込みをお願い致します。

2019 年 月 日

NPO 法人三重みなみ子どもネットワーク殿

第 30 回日本小児外科学会 QOL 研究会 事務局殿

ご芳名 _____ 印 _____

第 30 回日本小児外科 QOL 研究会託児室のご利用案内

下記の事項をご確認のうえ、「第 30 回日本小児外科 QOL 研究会 託児室利用申込書・同意書」に必要事項をご記入いただき、事務局宛に FAX にてお申込みください。

◇お申込みに関して

- ・託児は、NPO 法人三重みなみ子どもネットワークに委託いたします。
- ・完全予約制となっておりますので、予約のない場合にはご利用できません。
- ・お預かり可能な日時は 11 月 9 日（土）8:30～17:00 です。
- ・お預かりする場所は、当日受付にてご案内します
- ・対象年齢は生後 6 ヶ月以上小学 6 年生以下で、託児人数は最大 15 名です。
- ・ご利用料金は無料です。
- ・申込みの締切は 9 月 30 日（月）ですが、定員になり次第申込みを締め切らせていただきます。
- ・託児をキャンセルされる場合は、11 月 5 日（火）までに、下記の第 30 回日本小児外科 QOL 研究会事務局へメールでご連絡ください。

◇お預かり当日に関して

- ・お迎えはお預け時と同じ方をお願い致します。その際には、保護者の方の必ず本人確認書類（運転免許証、日本国パスポート、健康保険証など）をご提示ください。
- ・代理の方へのお迎えを希望される場合は受付時にお申し出下さい。代理の方も本人確認書類が必要です。
- ・託児中に必要と思われるもの（要記名）、おやつや飲み物（生もの不可）をお持ち頂きますようお願いいたします。
- ・乳児の場合は、哺乳瓶、粉ミルク、おむつ、お着換えなどをご持参ください。
- ・昼食はお子様と一緒にお願いします。
- ・授乳室は別室にご準備する予定です。
- ・当日お熱があるなど伝染性の病気の方やその疑いがある方、体調不良の方、ご家族が伝染性の病気にかかっている場合、その他当方のやむを得ない理由により入室をお断りさせていただく場合がございます。
- ・お子さんの体調が急変した場合の応急処置、または火災などにより緊急避難を要する場合は、その処置を NPO 法人三重みなみ子どもネットワークにお任せいただきます。
- ・お子さんの体調が急変した場合やお迎えが予定時間を大幅に超過した場合、当日ご確認させていただく緊急連絡先に連絡を取らせていただきます。
- ・お預かり中に万一事故が発生した場合、第 30 回日本小児外科 QOL 研究会は事故の責任を一切負いかねます。また、その事故が委託業者の重大な過失によって発生したものでない限り、NPO 法人三重みなみ子どもネットワークは事故の責任は負いかねます。

第 46 回日本小児内視鏡研究会 事務局
E-mail : mie.pedsurg.qol@gmail.com
〒514-8507 三重県津市江戸橋 2-174
TEL 059-231-5294 FAX 059-232-6968