**イブニングシッターサービス　託児申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 |
| 保護者氏名 | 所属 |  | （ふりがな） |
|  |
| 参加する会議･医局会･カンファレンス･講演会等 | 名　称 |  |
| 日　時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 場　所 |  |
| 連絡先 | 携帯電話 |  | 院内PHS |  |
| Ｅ－mail |  |
| 託児申込人数 | 　　　　　　　名（記入枠が足りない場合はコピーしてご利用下さい） |
| お送りの時間 | 時　　　　　分 | お迎えの時間 | 時　　　　　分 |
| お子様のお名前（愛称） | （ふりがな） | 性別 | 男　　・　　女 |
|  | 年齢 | 歳　　　か月 |
| トイレの状況（○をつけてください） | おむつ　　トレーニング中　　自分で言える　　自分でできる |
| 保育上の注意点 | ●アレルギー：□　無　　　□　有（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| お子様のお名前（愛称） | （ふりがな） | 性別 | 男　　・　　女 |
|  | 年齢 | 歳　　　か月 |
| トイレの状況（○をつけてください） | おむつ　　トレーニング中　　自分で言える　　自分でできる |
| 保育上の注意点 | ●アレルギー：□　無　　　□　有（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 軽食持参 | 有　　　　　　　　　無 |
| 備考 |  |

**獨協医科大学病院　女性医師支援センター**

**TEL：0282―87―2098　〈内線　3486〉**

**FAX：0282―87―2097**