

# 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