

クローバーシッターサポート 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・講演会 カンファレンス等	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