

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)		
託児利用日	令和 年 月 日 () 時 分 ～ 時 分			
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	(ふりがな)		性別	男 ・ 女
	(愛称 :)		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	(ふりがな)		性別	男 ・ 女
	(愛称 :)		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