

『イブニングシッター』 託児申込書



(保護者用)

申込日	年 月 日		
ふりがな			
保護者氏名			
会等の名称			
開催日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分		
開催場所			
連絡先	【所属】		
	TEL	FAX	
	当日の連絡先 (携帯など)		
	メールアドレス		
託児申込人数	名	歳 か月	歳 か月
		アレルギー - 有・無	アレルギー - 有・無
お送りの時間	時 分		
お迎えの時間	時 分		
軽食持参	有 無		
備考	<ご希望の項目にチェック> <input type="checkbox"/> 勉強机 <input type="checkbox"/> 簡易ベッド ※対象年齢 6 か月以上		

【注意点】

- ※ 長崎大学病院外で実施されるものは対象外となります。
- ※ 会等の内容が不明確な場合は、確認させていただくこともございますのでご了承ください。

長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンター
TEL&FAX 095-819-7979

『イブニングシッター』 託児申込書



(お子様用)

申込日	年 月 日		
ふりがな			
保護者氏名			
連絡先	【所 属】		
	TEL	FAX	
	当日の連絡先（携帯など）		
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
トイレの様子 (○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
トイレの様子 (○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
トイレの様子 (○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（ ）			

☆ 託児サービスを利用される方へ ☆

安心して院内実施の会等に参加していただくために、託児サービスを行います。経験豊富な保育サポーターが保育にあたりますので、大切なお子様を安心して預けることができます。

◎上記の託児申込書（保護者用）（お子様用）にご記入のうえ、
利用する1週間前までに、メールまたはFAXにてご提出ください。
（2回目以降は保護者用の申込書のみ提出で結構です）

- ※ アレルギーにつきましては、保育時に小麦粉を使用した粘土・牛乳パックで作ったおもちゃを使用する場合がありますため、前もってお尋ねするものです。
- ※ お子様の飲み物（お茶）をご用意ください。
必要があれば、各自で軽食を持参していただくことも可能です。
 - ・赤ちゃんのミルクは保育サポーターへ指示していただければ対応します。
お湯は各自でご準備ください。
 - ・外来棟4F エレベーター前に、自動販売機（お茶・牛乳・ジュース・ヨーグト・プリン・ゼリー）もあります。
- ※ 布団・タオルケット・ベビーキャリー等が必要な場合は利用者側でご準備ください。勉強机・簡易ベッドはセンターで準備できます。
- ※ 持ち物にはお名前を明記くださいますようお願いいたします。
- ※ 利用当日は、朝からお子さんの検温をお願いします。
37.5度以上の発熱や体調不良の際は、ご利用をお控えください。
また、託児場所に入室の際は、お子さんの手指消毒にご協力をお願いします。
- ※ キャンセルされる場合は、必ずセンターまでご連絡ください。

託児委託先：保育サポーターひまわり

【申込先】

長崎大学病院 メディカル・ワークライフバランスセンター

電話・FAX：095-819-7979

メール：info01@nagasaki-ajisai.jp