**『イブニングシッター』託児申込書**

**（保護者用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ふりがな |  |
| 保護者氏名 |  |
| 会等の名称 |  |
| 開催日時 | 平成　　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） |
| 託児申込人数 | 　　　　　　　名（　　歳　　か月、　　歳　　か月、　　歳　　か月） |
| お送りの時間 | 時　　　　　　　分 |
| お迎えの時間 | 時　　　　　　　分 |
| 軽食持参 | 有　　　　　　　　　無 |
| 備考 |  |

【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 | 平成　　　　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（　　　　　　　　　　　　　　　） |

**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**

**☆　託児サービスを利用される方へ　☆**

安心して院内実施の会議・勉強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。経験豊富なプロの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、メールに添付して返信、または下記番号へＦＡＸしてください。

（第２回目以降は保護者用の申込書のみの提出で結構です）

※　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るため、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

　　　　　　　対応いたします。

　　　　　　・外来棟４階エレベーター前に、自動販売機（お茶・牛乳・ジュース・ヨーグルト・プリン・ゼリー）もございます。

 ※　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。勉強机はセンターで準備できます。

※　託児場所のＤＶＤ装置は使用可能です。お好きなＤＶＤを持参されても構いません。

※　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

　　 　　　　　 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
TEL・FAX：０９５－８１９－７９７９

info01@nagasaki-ajisai.jp