**☆　託児室を利用される方へ　☆**

安心してメディカル・ワークライフバランスセミナーを受講していただくために、託児室を用意しております。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。

添付の託児申込書にご記入のうえ、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。

お忙しい方は、お電話でも受付ますので、お気軽にお問合せください。

※　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。

※　夕食はなるべく済ませておいてください。

　　尚、済ませることができない場合は、保育サポーターで介助できますので

　　夕食をご持参ください。

※　食べ物・飲み物の用意はございませんので、必要な方は、ご持参くださいますようお願いいたします。（安全のため、飴やガムは、持ち込まないでください。）

※　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

![C:\Users\mWLB02\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\OAKUYXH2\MP900430699[1].jpg]()

　　　　　　　**＜託児室＞**

**長崎大学医学部　良順会館　専斎ホール**

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

**『メディカル・ワークライフバランスセミナー』**

**～仕事と介護の両立を考える～**

**託児申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ふりがな |  |
| 保護者氏名 |  |
| 連絡先 | 勤務先（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 |
| 夕食持参 | 　　　　　　　有　　　　・　　　　無 |
| 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