

第109回 日本皮膚科学会総会

ご連絡先

記入:平成 年 月 日

フリガナ	
保護者氏名	
ご所属	
お電話	携帯
FAX	
E-mail	

緊急ご連絡先(ご利用者のご住所以外)

フリガナ	
氏名	お子様との関係
ご住所	
お電話	携帯
FAX	

ご利用日時

日	時間
4月16日(金)	~
4月17日(土)	~
4月18日(日)	~

お子様について

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
お名前	愛称	年齢	歳 ヶ月
性別	男 ・ 女	日常の保育	家庭内 ・ 保育園 ・ 幼稚園

これまでに大きな病気やけがをされましたか？ (ある ・ ない)
アレルギーはありますか？ (ある ・ ない)

上記「ある」の場合

病名/既往歴

アレルギーについて

スタッフに把握してほしいくせや症状があればご記入ください。

()

当日のお世話について、ご要望があればご記入ください。(食事・おむつなど)

()

同意書

第109回 日本皮膚科学会総会

利用児名 _____ 生年月日 _____
上記の利用に当たりましては、別紙「ご利用案内」の内容に同意いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____

平成22年4月2日(金)までに第109回日本皮膚科学会総会運営事務局までFAXにてお送りください。
折り返し、受付番号をご連絡いたします。また、当日本紙を必ずお持ちください。