

## 日本ペインクリニック学会第 44 回大会、第 32 回日本疼痛学会 託児申込書

ふりがな			
保護者氏名	学会員番号(※非会員の方はご記入不要です)		
連絡先	住所		
	TEL	FAX	
	当日の緊急連絡先(携帯など)		
申し込み人数	名		
お子さまの	ふりがな	性別 男 ・ 女	
お名前(愛称)	( )	歳 月	
託児時間 <small>(□にチェックして下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 7月1日(木)	<input type="checkbox"/> 7月2日(金)	<input type="checkbox"/> 7月3日(土)
	: ~ :	: ~ :	: ~ :
保育上の注意点 ●アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) ●日常の保育: <input type="checkbox"/> ご家庭 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園			
お子さまの	ふりがな	性別 男 ・ 女	
お名前(愛称)	( )	歳 月	
託児時間 <small>(□にチェックして下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 7月1日(木)	<input type="checkbox"/> 7月2日(金)	<input type="checkbox"/> 7月3日(土)
	: ~ :	: ~ :	: ~ :
保育上の注意点●アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) ●日常の保育: <input type="checkbox"/> ご家庭 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園			

(株)アルファ・コーポレーション 殿

私は日本ペインクリニック学会第 44 回大会、第 32 回日本疼痛学会託児室の利用にあたり、「利用規約」を理解・同意した上で託児サービスの申込みを致します。

平成 年 月 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※ お申し込みをいただいた後、【受領確認書】をご返信いたします。お申し込み後の返信がない場合は必ずお問い合わせください

※ 託児室の場所は【受領確認書】にてご案内します。