

託児室 ご利用希望の皆様へ

第93回日本糖尿病学会・中部地方会では、下記の内容で、託児室を設置いたします。

対象年齢	6ヶ月～12歳(小学生)まで
託児室 設置時間	第1日目：9月 7日(土) 9時00分～18時 第2日目：9月 8日(日) 8時30分～15時30分
料金	無料（ただし申込順に各日8名までとさせていただきます）
ベビーシッター	公益社団法人 福井市シルバー人材センター TEL 0776-27-0701

ご利用希望の方は、下の申込書にご記入頂き、平成31年7月25日（木）までに、本学会運営事務局（076-216-7100）へFAXにてお申し込みください。

申し込みをされた方には、確認のご連絡をいたしますので、託児室申込書にパソコンからのメールが受信できるアドレスを明記してくださるようお願いいたします。

託児室ご利用の方は、当日お子様を連れて、フェニックスプラザの「参加受付」までお越しください。

第93回日本糖尿病学会中部地方会 託児室 ご利用案内・同意書

託児のお申し込みに際して、下記の事項をご確認の上、ご署名いただきまして、
FAXにて送信をお願い致します。

- ① お子様をお預け・お迎えの際には、保護者の方の身分証明書をご提示下さい。
当日必ずお名前・ご住所・本人確認できる写真付身分証明書（運転免許証）をお持ち下さい。
- ② お預けの前に、必ずお手洗いを済ませ下さい。
- ③ お預けされる当日の朝、必ず体温を測り、お預けの際にお知らせ下さい。
- ④ 下記の物をお持ちいただきますようお願い致します。
 - a 保育中に必要と思われるものすべて（必ず御記名をお願い致します。）
 - b おやつ、飲み物、（生もの不可）
 - c 乳児をお預けになる場合は、哺乳瓶・粉ミルク・お湯・おむつ（4～5枚）および、お着替えをご持参ください。
- ⑤ 昼食は、お子様と一緒にいただきたくか、お弁当をお持ちいただきましたら、託児室にて保育士よりさしあげること可能です。昼食、おやつ、おもちゃ、本などの用意は主催者側で一切しておりません。
- ⑥ お迎えは、お預け時と同じ方をお願い致します。代理の方へのお迎えを希望される場合は、受付時にお申し出下さい。代理の方も身分証明書（保険証・免許証等）を必ずお持ち下さい。
- ⑦ お迎えが予定時刻より15分以上経過した場合、緊急連絡先で確認を取らせていただきます。
- ⑧ お預かりさせていただいた後、37.0度以上の発熱、または急病の症状が出た場合には、連絡させていただき、お迎えをお願いする場合がございます。
- ⑨ 伝染病の病気（インフルエンザ、水疱瘡、はしか、風疹など）の方、その他当方のやむを得ない理由により、お預かりをお断りさせていただく場合がございます。
- ⑩ お子様の体調が急変した場合の応急処置、または火災などにより緊急避難を要する場合は、その処置をシッター会社（公益社団法人 福井市シルバー人材センター）にお任せいただきます。また、緊急連絡先にも連絡を取らせていただきます。
- ⑪ 不測の事故に対応するため、シッター会社が保険に加入しておりますが、第93回日本糖尿病学会中部地方会は事故の責任を一切負いかねます。
万一事故が発生した場合、その事故がシッター会社の重大な過失によって発生したものでない限り、事故に対しての責任は負いかねます。

【同意書】 ※【託児申込書】と併せてFAXにて送信お願いいたします。

私は上記のことを承知した上で、当託児室の利用申し込みをお願い致します。

2019年 月 日

○公益社団法人 福井市シルバー人材センター 殿

○第93回日本糖尿病学会中部地方会 運営事務局 行き

ご芳名 _____ 印

送付先 第93回日本糖尿病学会中部地方会 運営事務局

株式会社 ネクステージ FAX : 076-216-7100

【託児申込書】締め切り 7月25日(木)

FAX : 076-216-7100

2019年 月 日

◇託児ご希望時間

9月7日(土)【午前・午後 時 分～午前・午後 時 分】
9月8日(日)【午前・午後 時 分～午前・午後 時 分】

保護者氏名 _____ 様

ご住所 〒 _____

お電話番号 : 緊急ご連絡先(携帯電話番号) _____

メールアドレス(パソコンからのメール受信可能なもの) Mail _____

お迎えに来る方のお名前・続柄 _____

身分証明: 保険証・免許証・その他(_____)

下記項目に御記入お願い致します。

<input type="checkbox"/> お子様のお名前(フリガナ) :
<input type="checkbox"/> 性別 : _____ 男・女
<input type="checkbox"/> 愛称 :
<input type="checkbox"/> 生年月日 : _____ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 年齢 : _____ 歳 _____ ヶ月(対象年齢: 6カ月～小学校6年生まで)
<input type="checkbox"/> 人見知り : _____ 有・無
<input type="checkbox"/> アレルギー : _____ 無・有(_____)
<input type="checkbox"/> 授乳 : _____ 不要・要(_____ 時間ごと)
授乳予定時間(_____ 時頃) _____ 一回のミルクの量(_____)
<input type="checkbox"/> 排泄 : <input type="radio"/> 一人できる <input type="radio"/> できない <input type="radio"/> トレーニング中 <input type="radio"/> オムツ
<input type="radio"/> 知らせる「 _____ 」と言う <input type="radio"/> 知らせない(_____ 分おき)
<input type="checkbox"/> お昼寝 : _____ 有 _____ 時～ _____ 時頃(_____ 時間)
<input type="checkbox"/> 寝方(仰向け・うつ伏せ・横向き)・ _____ 無
<input type="checkbox"/> 普段の体温 : _____ 度
<input type="checkbox"/> 当日の昼食 : <input type="radio"/> 保護者と一緒 <input type="radio"/> シッター対応
<input type="checkbox"/> これまでの大きな病気・怪我 : _____ 無・有(_____)
<input type="checkbox"/> 持病・または治療中の疾患 : _____ 無・有(_____)
<input type="checkbox"/> その他 : (必要な連絡事項をお書きください)

※お申し込みの際には、【同意書】と【託児申込書】をFAXで送信お願いいたします。

※当日はFAXいただきました【託児申込書】の原本と、身分証明書を必ずお持ちください。

※当日の申込みはできません。締切日までにお申し込みいただきますよう、お願い申し上げます。

第93回日本糖尿病学会中部地方会 学術集会 運営事務局 (株)ネクステージ

TEL : 076-216-7000 FAX : 076-216-7100 E-mail : convention@nex-tage.com