

# 眼科臨床実践講座 2018 託児室申込書

※下記必要事項をご記入の上、眼科臨床実践講座事務局(株コングレ内)(FAX:03-5216-3115)へお送りください

**締切:2018年8月10日(金)18:00**

ふりがな			
申込者氏名 (会員名)	事前登録番号: <small>※未登録の場合は「未」とご記入ください</small>		
連絡先	住所 〒      -		
	TEL      -      -	FAX      -      -	
	当日の緊急連絡先(携帯など)                      -                      -		
お子さまの お名前(愛称)	ふりがな	性別    男    ・    女	
	(                      )	歳      ヶ月	<small>託児当日の満年齢をご記入下さい。</small>
託児上の注意点 ●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 <input type="checkbox"/> 小学校			
お子さまの お名前(愛称)	ふりがな	性別    男    ・    女	
	(                      )	歳      ヶ月	<small>託児当日の満年齢をご記入下さい。</small>
託児上の注意点 ●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 <input type="checkbox"/> 小学校			
託児 申込日時	<input type="checkbox"/> 8月25日(土)	:      ~      :	:      ~      :
	<input type="checkbox"/> 8月26日(日)	:      ~      :	:      ~      :

「不測の事故に対応するために(株)アルファコーポレーションが保険に加入しており、保険範囲で補償されます。本講座及び事務局は、事故の責任は負いません。」

株式会社 アルファコーポレーション 御中

私は眼科臨床実践講座 2018 における託児室の利用にあたり、  
上記及び「託児室利用規約」を理解・同意した上で託児サービス申込みをいたします。

2018年      月      日                      申込者氏名 ⑩