

眼科臨床実践講座 2019 託児申込書

下記必要事項をご記入の上、眼科臨床実践講座事務局（株）コンベンションリンケージ内までお送りください。

Mail: rinsyo-jissen@c-linkage.co.jp

FAX:06-6377-2075

「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、保険範囲で保障されます。

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 2019 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を申し込みます。

※申込書の記名をもって署名とさせていただきます。

ふりがな			事前登録番号
保護者氏名			
現住所	〒		
連絡先	TEL	FAX	
当日の緊急連絡先 (携帯など)			
お子さまのお名前 (愛称) ①	ふりがな	性別 男 ・ 女	
	()	お預け時のご年齢 才 ヶ月	
託児申込日時 <small>□にチェックして下さい</small>	<input type="checkbox"/> 8月17日(土)	<input type="checkbox"/> 8月18日(日)	
	~	~	
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 <input type="checkbox"/> 小学校			
お子さまのお名前 (愛称) ②	ふりがな	性別 男 ・ 女	
	()	お預け時のご年齢 才 ヶ月	
託児申込日時 <small>□にチェックして下さい</small>	<input type="checkbox"/> 8月17日(土)	<input type="checkbox"/> 8月18日(日)	
	~	~	
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 <input type="checkbox"/> 小学校			