

# 臨時託児申込書

申込日： 平成 年 月 日

申込み者名： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号（携帯番号）： \_\_\_\_\_

## 託児するお子様（1人目）

お名前（ひらがな）： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_

生年月日： 年 月 日生（満 歳）

幼稚園もしくは臨時託児経験： 有 無

アレルギー（食べ物に限らずすべて記入してください）

( )

連絡事項（お預かりに関して特別ご心配な点、ご指示頂ける点）

( )

## 託児するお子様（2人目）

お名前（ひらがな）： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_

生年月日： 年 月 日生（満 歳）

幼稚園もしくは臨時託児経験： 有 無

アレルギー（食べ物に限らずすべて記入してください）

( )

連絡事項（お預かりに関して特別ご心配な点、ご指示頂ける点）

( )

申込書は7月15日までにFAXにてお送りください。

愛知県診療放射線技師会 FAX (052) 853-6234