**託児室利用申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者氏名様 | 勤務先・所属 |
| 現住所：〒 |
| 連絡先：（電話連絡先は念のため2箇所以上をご記入下さい。） |
|  電話番号1 電話番号2 |  E-mail  |
| 利用日 | 10月30日（木） | 利用時間 | (　　　：　　　)～(　　　：　　　) |
| 10月31日（金） | 利用時間 | (　　　：　　　)～(　　　：　　　) |
| 11月1日（土） | 利用時間 | (　　　：　　　)～(　　　：　　　) |

◆お子様について　（ご記入または○を記してください）

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）お子様名： | 愛 称：性 別：　男　・　女 |
| 生年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | 託児経験：　無 ・ 有 　　　　 幼稚園 ・ 保育園 |
| 年　　齢：　　　　　歳　　　ヶ月 |
| 健　康 | 平　　　熱：　　　　　℃　 |
| アレルギー：　無 ・ 有 （具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 昼　食 | 保護者と一緒（託児室外で召しあがる）　・　お弁当持参（託児室で召しあがる） |
| 授　乳：　母乳　・　ミルク　（量　　　ml /1回）（時間　→　　　　　　　　　　）離乳食について（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 睡　眠 | お昼寝の有無：　　　有　・　　無し |
| お 昼 寝：　　　　　時頃～　　　　　　時頃 |
| 排　泄 | ひとりでできる　・　できない　・　トレーニング中　・　おむつ |
| 教えてくれる　・　教えてくれない |
| その他（注意事項、好きな遊び等） |

※本申込書記載の個人情報は本託児業務以外には使用いたしません

＜お申込み・お問い合せ先＞　　スマイルキッズ　担当：吉田　直子

ＴＥＬ：076-464-5102　ＦＡＸ：076-471-8196　E-mail：smilekids@m5.dion.ne.jp