第65回臨床呼吸機能講習会託児専用

株式会社マイスタイル

　記入日：　2025　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 住　所 | 〒　　　　－　　　　　　都道府県　　　　　市区町村 |
| 申込者名 |  |
| 連絡先 | 　　　　　　　（　　　　　　） |
| メール | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |

○△□　保育サービスを受けるお子さまについて　○△□

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  |  |
| 名　前 |  |  |  |
| 性　別 | 男の子　・　女の子 | 男の子　・　女の子 | 男の子　・　女の子 |
| 生年月日当日の年齢 | 　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳　　　　ヶ月） | 　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳　　　　ヶ月） | 　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳　　　　ヶ月） |
| 性格や癖など | 人見知り（する・多少・しない） | 人見知り（する・多少・しない） | 人見知り（する・多少・しない） |
| アレルギー既往症 | 有　・　無（　　　　　　　　　　　　　　） | 有　・　無（　　　　　　　　　　　　　　） | 有　・　無（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 留意点・対処法 |  |  |  |
| 保険証番号 |  |  |  |
| 生　活※該当事項に○ | ★授乳　・・・　母乳のみ　・　ミルク　　　　　cc／1回　（　　　　　　　　　時間おき） |
| ★睡眠　・・・　午前→　　　　　：　　　　　～　　　　　：　　　　　ごろ　　　　　　　　 午後→　　　　　：　　　　　～　　　　　：　　　　　ごろ |
| ★排泄　・・・　おむつ　・　トレーニング中　・　自分で行ける（声かけ　要・不要） |
| ★好きな遊び　・・・ |
| 利用日時 | 8/28（木）　　　：　　　　～　　　： | 8/29（金）　　　：　　　　～　　　： | 8/30（土）　　　：　　　　～　　　： |
| その他 | ※ご希望事項などご自由にご記入ください。 |