

第54回日本形成外科学会総会・学術集会 【託児ご利用案内】

保育室利用のお申し込みにあたっては、下記の事項をご確認の上、「託児申込書／同意書」「調査票」をご記入・ご署名の上、3月31日までにFAXにて送信をお願い致します。

ご利用対象者

第54回日本形成外科学会総会・学術集会参加者保護者とする1歳～小学生のお子様

託児場所

あわぎんホール（徳島県郷土文化会館） お部屋は、後日お知らせいたします。

開設時間

平成23年4月13日（水）～15日（金） 8：00～19：00

託児申込〆切

平成23年3月31日（木） マ切日以後の申込・変更は、株式会社クラッシャーまでご相談ください。

託児お申込み先

株式会社クラッシャー（ABA：全国ベビーシッター協会正会員）

〒770-0911 徳島県徳島市東船場町2-38 TEL：088-623-6391 FAX：088-623-6403

【託児ご利用規約】

お子様をお預け・お迎えの際には、保護者の方の身分証明書を確認させていただきます。当日は必ず、お名前・ご住所が確認できる「身分証明書（保険証・免許証・母子手帳）」をお持ち下さい。

お預けの前に、必ずお手洗いをお済ませください。

お預けされる当日の朝、必ず体温を測り、お預けの際にお知らせください。

お持ちいただくもの

・保護者の方の身分証明書（保険証・免許証等）

・保育中に必要と思われるもの（要記名）

〔 おむつ（4～5枚）・おしりふき・お着替え、乳幼児をお預けになる場合、哺乳瓶・粉ミルク・お湯
　　おやつ、飲み物はこちらでご用意いたします。ただし、アレルギーの方はご持参ください。 〕

昼食は、お子様と一緒にお取りいただくか、お弁当をお持ちいただきましたら、託児室にて保育士よりさしあげることも可能です。

お迎え時は、受付時にお渡しした「お子様お預かり証」をスタッフにご提示ください。また、お迎えはお預け時と同じ方にお願い致します。代理の方へのお引渡しを希望される場合は、受付時にお申し出下さい。

お迎えが予定時刻より15分以上経過した場合、緊急連絡先で確認を取らせていただきます。

お預かりさせていただいた後、37.5度以上の発熱が出た場合には、ご連絡させていただき、お迎えをお願いする場合がございます。

伝染病の病気（水疱瘡、はしか、風疹など）の方、その他当方のやむを得ない理由により、入室をお断りさせていただく場合がございます。

お子様の体調が急変した場合の応急処置、または火災などにより緊急避難を要する場合は、その処置をシッター会社（株式会社クラッシャー）にお任せいただきます。また、緊急連絡先にも連絡を取らせていただきます。

不足の事故に対応するため、シッター会社（株式会社クラッシャー）が保険に加入しておりますが、第54回日本形成外科学会総会・学術集会は事故の責任を負いかねます。万一事故が発生した場合、その事故がシッター会社（株式会社クラッシャー）の重大な過失によって発生したものでない限り、事故に対しての責任は負いかねます。

第54回日本形成外科学会総会・学術集会
【託児申込書】

平成23年 月 日

お子様氏名	(歳 カ月) 生年月日 西暦 年 月 日
お子様氏名	(歳 カ月) 生年月日 西暦 年 月 日
保護者氏名	
ご住所〒	
ご所属	
お電話番号	緊急ご連絡先(携帯電話番号)
Fax	E-mail
お送り迎えに来る方のご氏名	続柄
昼食	保護者と一緒に シッター対応

託児ご希望時間

4月	日()【午前・午後	時 分 ~	午前・午後	時 分】
4月	日()【午前・午後	時 分 ~	午前・午後	時 分】
4月	日()【午前・午後	時 分 ~	午前・午後	時 分】

当日は、【託児申込書／同意書】と【調査票】の原本と、身分証明書を必ずお持ちください。

【調査票】は、お子様1人につき1枚ご記入ください。

【同意書】

平成23年 月 日

株式会社クラッシー
第54回日本形成外科学会総会・学術集会 託児室責任者 殿

私は上記利用にあたり、別紙「託児ご利用案内／託児ご利用規約」の内容に同意し、
当託児室の利用申し込みを致します。

ご芳名 _____

ご送付先 FAX : 088-623-6403
TEL : 088-623-6391
株式会社 クラッシー
(ABA : 全国ベビーシッター協会正会員)

調査票（シッターサービス）

記入日： 年 月 日

担当コンシェルジェ：

お子様の お名前	フリガナ			男・女 (愛称：)	平熱 °C
生年月日	西暦	年	月	日生 (満 歳)	ヶ月)
保護者様のお名前					
ご住所	〒 TEL () -				
メールアドレス					
緊急連絡先	本人との関係	連絡場所	電話番号		
			() -		
			() -		
			() -		
ホームドクター	TEL () -				
保険証番号					

健康状態	今までに かかった病気	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 口水ぼうそう <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 耳下線炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 口中耳炎 <input type="checkbox"/> その他()
	済ませた 予防接種	<input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 三種混合Ⅰ期()回 <input type="checkbox"/> Ⅱ期 <input type="checkbox"/> 日本脳炎()回 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> その他()
	体質	<input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> その他()
生活と習慣	ミルクの種類・量	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク 一回の量 約()cc
	授乳間隔	()時間ごと
	授乳時に気を付ける事	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	離乳状況	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完全食
	食事	<input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 量 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 方法 <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> ロスプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 多い 所要時間 <input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/> 特に嫌いなもの()
	排泄	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない
	睡眠	<input type="checkbox"/> 昼寝 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 時間(時くらいから 時くらい)
		<input type="checkbox"/> 寝付き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 寝かせ方()
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない
	コミュニケーションの段階	<input type="checkbox"/> 言葉による <input type="checkbox"/> 行動による <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない
遊び	<input type="checkbox"/> 友達とあそぶ <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ <input type="checkbox"/> 大人と遊ぶ <input type="checkbox"/> 好きな遊び()	
	<input type="checkbox"/> くせ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有()	
生育歴	集団教育の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 保育園・幼稚園)
	主に保育に携わっている人 及び遊び相手	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> その他()
	近所に友達が	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 年齢の近い子がない
その他	性格・性質	

承諾書

上記の事実に相違ないことを承諾し、緊急の場合（病気・怪我など）は、スタッフの判断により、適切な処置がとられるることを承認いたします。

保護者様ご氏名

印