平成29年度日臨技北日本支部医学検査学会（第6回） 託児申込書

書類提出日　　月　　日

ふりがな			
お子さんのお名前			
（年　齢）	（　　才　　か月）	性別（どちらかに〇）	男　・　女
ふりがな		連絡用メールアドレス	
保護者のお名前		@	
保護者所属施設名		会員番号	
保育日時 （希望日に〇）	10/14（土）	10/15（日）	
保育時間	午前　時　分 ～ 午前　時　分 午後　　午後	午前　時　分 ～ 午前　時　分 午後　　午後	
申込者住所			
電話番号	ー　　ー　　（緊急時携帯:　　-　　-　　）		
預け荷物	なし　・ あり　（ おむつ、 着替え、飲み物、 おやつ ）		
その他			

※個人情報は託児手続き以外には使用いたしません。

本依頼書は学会事務局にFAXにてお申し込みください。　　**FAX番号 ： 018-829-5202**

学会事務局　〒010-1495 秋田市上北手猿田字苗代沢222-1
秋田赤十字病院検査部内　　島田 幸栄 （しまだ ゆきえ）
TEL ： 018-829-5000（内線 5612）