同　意　書

　ベビーシッタークラブ すまいる マミィのベビーシッターサービスは、保護者の方の指示に基づき、お子様のお世話をさせていただいております。もし、すでに疾病が認められるお子様をお預かりし、その疾病が悪化したような場合においては、当社では、専門的な医療行為は致しかねます。

　万が一、ベビーシッターサービスご利用時間中に、当方の不手際が原因によりお子様が怪我、又は提供物により事故が発生した場合には、当社が加入しております保険の範囲でのみ、賠償させていただきます。なお、交通事故疾病等の場合は、各々の保険の対象となりますので、ご了承願います。

　　　私は、以上のことを了承した上で、ベビーシッタークラブ すまいる マミィを

　　　利用いたします。

令和　　年　　月　　日

ベビーシッタークラブ すまいる マミィ　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者氏名 　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　 電 話

日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会　運営事務局

有限会社ヤマダプランニング

〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5

TEL:019-635-6011 FAX:019-635-6033

E-mail: jshp2025thk@yamada-planning.co.jp

申込日　令和　　年　　月　　日

**託 児 申 込 書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **お申込者情報** | | | | | | |
| 保護者  氏名 | フリガナ | | ご住所 | | | フリガナ |
| 様 | |  |
| ご連絡先 | ☎ （　　　）　　　 −  fax（　　　）　　　 − | | 当日緊急  連絡先 | | | −　　　 　　− |
| Email |  | | | | | |
| ご利用  日時 | 受付時間　2020年5月17日（土）　：　〜　：　　まで  　　　　　2025年5月18日（日）　：　〜　：　　まで | | | | | |
| 月　　　　日　　　　時　　　　分　　　〜　　　　　時　　　　分 | | | | | |
| 月　　　　日　　　　時　　　　分　　　〜　　　　　時　　　　分 | | | | | |
| **お子様情報** | | | | | | |
| お子様  氏名 | フリガナ | 性別 | | 生年月日 | | |
| ちゃん | 男・女 | | 西暦　　年　　月　　日（　　　　才　　　ヶ月） | | |
| １、これまでに大きな病気をしましたか？  　　ない　・　ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ２、これまでに大きな怪我をしましたか？  　　ない　・　ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ３、アレルギーはありますか？  　　ない　・　ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ４、普段のお昼寝の時間は  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 時 | | | | | ５、普段の体温は？  　　　　　　　　　 　　　　　　　度 | |
| ６、お子さまの普段遊んでいる玩具や（好きな玩具）がありましたらご記入ください。 | | | | | | |
| 7、その他に気になることがありましたらご記入ください。（シッターに注意してほしいことなど） | | | | | | |

【個人情報の取り扱いについて】

　※ご記入いただく情報につきましては、託児業務の基本情報として収集させていただきます。

　　上記の業務範囲を超えての使用は一切致しません。また、削除変更等のお申出も対応させていただきます。