

## 第40回 日本コミュニケーション障害学会・学術講演会 託児室 利用規約

託児のお申し込みの際に、下記の事項をご確認の上、ご署名いただきまして、ファックスにて送信をお願い致します。

- ①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ご提示下さい。  
当日必ず、お名前・ご住所が確認できる身分証明書をお持ち下さい。
- ②お預けの前に、必ずお手洗いを済ませ下さい。
- ③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下さい。
- ④下記の物をお持ちいただきますようお願い致します。
  - a 保育中に必要と思われるもの（必ず御記名をお願い致します。）
  - b おやつ、飲み物（生もの不可）
  - c 乳児をお預けになる場合は、哺乳瓶・粉ミルク・お湯・おむつ（4～5枚）・お着替えをご持参ください。
- ⑤昼食は、お子様と一緒にお願いいただくか、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。
- ⑥お迎えは、お預け時と同じ方をお願い致します。代理の方へのお迎えを希望される場合は、受付時にお申し出下さい。代理の方も身分証明書（保険証・免許証等）を必ずお持ち下さい。
- ⑦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。
- ⑧お預かりさせていただいた後、37.0度以上の発熱、または急病の症状が出た場合には、連絡させていただきます、お迎えをお願いする場合がございます。
- ⑨伝染病の病気（インフルエンザ、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、お預かりをお断りさせていただく場合がございます。
- ⑩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（株式会社ケアサポート金沢・ゆいまーるベビー金沢）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。
- ⑪不測の事故に対応するため、シッター会社が保険に加入しておりますが、第40回日本コミュニケーション障害学会・学術講演会は事故の責任を一切負いかねます。  
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、事故に対する責任は負いかねます。

### 【同意書】

私は上記のことを承知した上で、当託児室の利用申し込みをお願い致します。

平成 年 月 日

○株式会社ケアサポート金沢・ゆいまーるベビー金沢

○第40回日本コミュニケーション障害学会・学術講演会 託児室責任者 殿

ご芳名

※【連絡表】と併せてファックスにて送信お願いいたします。

送付先 FAX：076-264-5515

## 【託児室申込書】

FAX : 076-264-5515

2014 年 月 日

◇託児ご希望時間

5 月 10 日 (土) 【午前・午後 時 分～午前・午後 時 分】
5 月 11 日 (日) 【午前・午後 時 分～午前・午後 時 分】

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 様

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

お電話番号 緊急ご連絡先 (携帯電話番号) \_\_\_\_\_

メールアドレス (パソコンからのメール受信可能なもの) \_\_\_\_\_

お迎えに来る方のご氏名 続柄 \_\_\_\_\_ / 身分証明 : 保険証・免許証・その他 ( \_\_\_\_\_ )

下記項目に御記入お願い致します。

<input type="checkbox"/> お子様のお名前 (フリガナ) :
<input type="checkbox"/> 性別 : _____ 男 ・ 女
<input type="checkbox"/> 愛称 :
<input type="checkbox"/> 生年月日 : _____ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 年齢 : _____ 歳 _____ ヶ月 (対象年齢 : 6 カ月～小学校6 年生まで)
<input type="checkbox"/> 人見知り : _____ 有 ・ 無
<input type="checkbox"/> アレルギー : _____ 無 ・ 有 ( _____ )
<input type="checkbox"/> 授乳 : _____ 不要 ・ 要 ( _____ 時間ごと)
授乳予定時間 ( _____ 時頃) _____ 一回のミルクの量 ( _____ )
<input type="checkbox"/> 排泄 : <input type="radio"/> 一人でできる <input type="radio"/> できない <input type="radio"/> トレーニング中 <input type="radio"/> オムツ
<input type="radio"/> 知らせる「 _____ 」と言う <input type="radio"/> 知らせない ( _____ 分おき)
<input type="checkbox"/> お昼寝 : _____ 有 _____ 時～ _____ 時頃 ( _____ 時間)
寝方 (仰向け・うつ伏せ・横向き) ・ 無
<input type="checkbox"/> 普段の体温 : _____ 度
<input type="checkbox"/> 当日の昼食 : <input type="radio"/> 保護者と一緒 <input type="radio"/> シッター対応
<input type="checkbox"/> これまでの大きな病気・怪我 : _____ 無 ・ 有 ( _____ )
<input type="checkbox"/> その他 : (必要な連絡事項をお書きください)

※お申し込みの際には、【同意書】と【連絡表】をFAX送信お願いいたします。

※当日はFAXいただきました【連絡表】の原本と、身分証明書を必ずお持ちください。

※当日の申込みはできません。締切日までにお申し込みいただきますよう、お願い申し上げます。

第40回日本コミュニケーション障害学会・学術講演会 事務局

FAX : 076-264-5515

E-mail: taikai40@ed.kanazawa-u.ac.jp