

会員番号 Aー _____



パステル

< アルビレックス・ナーサリー 利用申込書 >

ご利用日	年 月 日				
対戦相手				席番	
フリガナ お子様氏名 年 齢 生年月日	_____			_____	
	歳	ヵ月	男・女	歳	ヵ月 男・女
	(年	月	日生まれ)	(年	月 日生まれ)
フリガナ 保護者氏名				(続柄)	
ご住所	〒 _____				
TEL				FAX	
緊急 TEL (携帯等)	① _____			(お子様との続柄 _____)	
	② _____			(お子様との続柄 _____)	
アレルギー	有 無	アレルギー (_____)			
熱性痙攣	有 無	持 病	有 無	具体的に (_____)	
持 病	有 無	具体的に (_____) 処 方 (_____)			
SIDS予防	喫 煙	有 (父・母)・無	寝せ方	仰向け・うつ伏せ	人口乳 有 無
健康保険証番号				登録者名	
その他、特に 気をつけるこ と					
備 考					

【同意書】

NPO法人新潟県ワーキング・ウーマンサポートセンターでは、細心の注意をもって、大切なお子様のお世話をさせていただいておりますが、万が一、ご利用時間中に当方の不手際によりお子様が怪我または提供物により事故が発生したような場合は、当社が加入しております保険の範囲内でのみ賠償させていただきます。

私は以上のことを承諾した上でベビーシッターサービスの利用を申し込みます。

年 月 日

ワーキングウーマン・サポートセンター 殿

申込者氏名 _____ 印 _____