



登録番号 (センター記入)	
------------------	--

# 一時預かり 事前登録票(外部業者)

年 月 日記入

ふりがな		性別	生年月日
お子さまの名前 愛称		男・女	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
通園・通学施設名	保育園・小学校		電話:
かかりつけ医	医院・病院		先生 電話:
自宅住所・電話	(〒 - )		電話:
請求書送付先	以下○をつけてください 上記自宅・自宅以外→	(〒 - )	

保護者様	★岡山大学に勤務の方および岡山大学に在籍する医療系学生は以下の該当するところに○をつけてください		
	勤務形態など	正規職員・非常勤職員・大学院生・研究生・留学生・学生・その他( )	
	職種	医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・検査技師・放射線技師・ 薬剤師・療法士・栄養士・教員・事務職・研究職・その他( )	
	氏名	( 歳)	《勤務先》岡山大学( ) その他:
	携帯電話:	(男・女)	所属部署電話 PHS
★岡山大学以外に勤務の方(女性医師のみ)は以下の該当するところに○をつけてください			
勤務形態など	正規職員・非常勤職員・その他( )		
ご勤務先	《勤務先》	《診療科》	
		所属部署電話	

緊急連絡先	①	氏名:	連絡先名
			続柄( ) 電話番号
	②	氏名:	連絡先名
			続柄( ) 電話番号

留意事項があればご記入ください。

## 利用同意書

岡山大学病院ダイバーシティ推進センター長(医療人キャリアセンター長) 殿

利用にあたっては下記の項目に同意致します。

- 貴センターに預けている子供の緊急時には、保護者の私及び私の代理人の者が早急に迎えに来ます。
- 持参した食事に関する一切の責任は保護者の私にあることに同意し、万一持参した食事の摂取により子供の体調に異変が生じても貴センターに苦情は申しません。
- 万一事故が発生した場合、その事故が貴センターでの故意または重大な過失によって発生したものでない限りその責任は問いません。

年 月 日

児童氏名

保護者氏名

印

【送付先】

★FAXで⇒ 086-235-6834 (※FAXでお送り頂く場合、初回利用時にご捺印済みの原本をお持ち下さい。)

★郵送・学内便で⇒ 岡山大学病院 ダイバーシティ推進センター(医療人キャリアセンターMUSCAT)  
〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1 岡山大学鹿田キャンパス内  
TEL:086-235-6835 FAX:086-235-6834