



登録番号

## 一時預かり 利用申込書

年 月 日記入

※ご利用希望日の3日前(平日)までにお申し込みください。

※キャンセル連絡は前日の16時までにお願ひします。(当日キャンセルは通常のご利用料金がかかります)

ふりがな					
申込者 氏名		ご所属		職種	
ふりがな		性別	生 年 月 日		
お子さんの名前 愛称		男・女	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)		
ご利用時間	年 月 日 ( )		: ~	:	
緊急 連絡 先	①	氏名:	連絡先名		
			続柄( )	電話番号	
緊急 連絡 先	②	氏名:	連絡先名		
			続柄( )	電話番号	
この度のご利用理由					
留意事項があればご記入ください。					

FAX送付先⇒ 086-235-6834

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)

E-mail: muscat@md.okayama-u.ac.jp TEL: 086-235-6835