



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時までをお願いします。(それ以降はご利用料金100%をいただきます。)

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
	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⇒ 086-235-6835

岡山大学病院 ダイバーシティ推進センター

e-mail: muscat@okayama-u.ac.jp

tel: 086-235-6835