



【2025年度】一時託児 事前登録票(岡山県女性医師支援事業)

年 月 日記入

ふりがな			性別	生 年 月 日	
お子さまのお名前 (愛称)			男・女	年 月 日生 (歳 ヲ月)	
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:				
ご自宅住所・電話	(〒 -) 電話:				
請求書送付先	どちらかに○をつけてください 上記自宅・自宅以外→		(〒 -)		
保 護 者	★岡山大学にご勤務の方				
	勤務形態など	常勤職員・非常勤職員・その他()			
	職種	医師・研修医(年目) ※大学院生として在籍されている場合は○→() その他()			
	氏名	(歳)	《勤務先》 岡山大学() その他:		
	携帯電話:	(男・女)	所属先電話: PHS		
	★岡山大学以外にご勤務の方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	常勤職員・非常勤職員・その他()				
勤務先	《勤務先》 《診療科》 所属先電話				
緊急 連絡先	①	氏名:	連絡先名称 続柄() 電話番号		
	②	氏名:	連絡先名称 続柄() 電話番号		
留意事項がありましたらご記入ください。					

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 殿

利用にあたっては下記の項目に同意いたします。

- 緊急時には、保護者の私あるいはその代理人が貴センターに預けている子どもを早急に迎えに参ります。
- 持参した食事や飲料、おやつ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どもの体調に異変が生じても、貴センターへ苦情は申しません。
- 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

子ども氏名

保護者氏名

【送付先】

岡山大学病院 ダイバーシティ推進センター

〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1 中央診療棟5F

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

Tel/Fax: 086-235-6835