

登録番号 (センター記入)	
------------------	--

【2025年度】岡山大学病院一時託児ルーム事前登録票

年 月 日

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 tel:			
かかりつけ医	医院・病院 (先生) tel:			
現住所	(〒 -) tel:			
請求書送付先	どちらかに○をつけてください 現住所 ・ その他 →		(〒 -)	
保 護 者 ①	氏名:		<input type="checkbox"/> 大学院生として在籍中	
	続柄()		<input type="checkbox"/> MUSCATキャリア支援制度利用歴あり	
	携帯電話:	PHS	勤務先電話:	
	ご勤務先	機関名:	診療科:	
		職種:	勤務形態: どちらかに○をつけてください 常勤 ・ 非常勤	
保 護 者 ②	氏名:		<input type="checkbox"/> 大学院生として在籍中	
	続柄()		<input type="checkbox"/> MUSCATキャリア支援制度利用歴あり	
	携帯電話:	PHS	勤務先電話:	
	ご勤務先	機関名:	診療科:	
		職種:	勤務形態: どちらかに○をつけてください 常勤 ・ 非常勤	
そ の 他 の ご 家 族	①	氏名:	連絡先	
		続柄()	電話番号	
	②	氏名:	連絡先	
		続柄()	電話番号	
* お子さまの通院中の疾患やその他特記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。

1. 緊急時には、保護者である私、あるいはその代理人が子どもを早急に迎えにまいります。
2. 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である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。
3. 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

お子さま氏名

保護者氏名