第 57 回日本手外科学会学術集会

託児室開設のお知らせ

4 月 17 日（木）・18 日（金）の会期中に託児室を開設いたします。
完全予約制となっておりますので、下記をご熟読の上、お申し込みください。

■　開　設　日　時：4 月 17 日（木）　7:00～18:00
　　4 月 18 日（金）　7:30～18:30

■　場　　所：学会会場内（申込者のみにご案内いたします）

■　託　　児　　料：￥3,000（1 名 1 日）※大会参加者に限る
　　※上記時間外の延長料金は除きます。
　　※お預かり時のお子様用必需品は全てご持参下さい。
　　（オムツ、お尻拭き、お着替え、ミルク・哺乳瓶等一式、ハンカチなど）
　　※託児料は事前の銀行振込みとなります。
　　振込み手数料は申込者負担でお願いいたします。

■　定　　員：10 名

■　お申込み方法
「同意書・申込書」をダウンロードしていただき、必要事項をご記入の上、FAX（098-851-9662）もしくは E-mail（contact@poppinschild.com）にてお申込みください。
※メールでお申込みの方は PDF 添付でお願いします。
※申込書受信確認等は、メールでお返事させていただきますので、FAX でお申込みいただく場合においても、メールアドレスのご記載をお願いします。

■　お申込み締切日
2014 年 4 月 11 日（金）正午まで　※定員に達し次第、締切とさせていただきます。

■　同意書・申込書送付先（託児委託先）
〒901-0302 沖縄県糸満市字潮平 612-6
ポピンズチャイルドオキナワ
電話：098-851-9662　FAX：098-851-9666　メール：contact@poppinschild.com
URL：http://www.poppinschild.com/index.html

■　第 57 回日本手外科学会学術集会　運営事務局
株式会社沖縄コングレ内
〒900-0015 沖縄県那覇市久茂地 3-1-1 日本生命那覇ビル
TEL：098-869-4220　FAX：098-869-4252　e-mail：jssh2014@okicongre.jp

第57回日本手外科学会学術集会
託児室 利用規約及び同意書

【ポピンズチャイルド託児室利用規約】

託児室利用のお申し込みにあたっては、下記の事項をご確認の上、ご署名頂きましてＦＡＸでお送り頂くか、またはE-mailにてPDF形式で添付、ご送信下さい。（contact@poppinschild.com）
ご記入頂いた同意書、申込書、お子様カルテの原本は当日お預けの際、スタッフへお渡し下さい。

１）お預け前に、感染予防の為、必ず手洗いを済ませてお連れ下さい。
２）お預けされる当日の朝、必ず体温を測り、体調等を確認して下さい。
３）当日、ご持参頂くものはＨＰ上にて記載。ご確認下さい。
４）お迎えは、お預け時と同じ方にお願い致します。代理の方へのお引渡しを希望される場合は、受付時にお知らせ下さい。
５）お子様をお預け・お迎えの時に、保護者の方の身分証を確認させて頂く事もございます。
６）お迎えが予定時刻より１５分以上経過した場合、緊急連絡先で確認を取らせて頂きます。

【対象児童の補償について】

１）ポピンズチャイルドケアサービスオキナワのベビーシッター業務は、原則として安全最優先の保育サービスの為、指定施設内での保育サービスを致します。弊社保育サービスを受ける対象（児童）に対する生命、傷害等の賠償保険及び補償の該当は、指定お預かり施設内／及び室内で、弊社ベビーシッター（保育担当者）が保育管理をしている児童が補償の対象となります。

２） 施設所有者や施設管理者の不注意による事故、及び自然災害により発生した事故の場合も同様に補償対象外となります。

３）不測の事故に対応する為、ベビーシッターサービス会社（ポピンズチャイルドケアサービスオキナワ）は保険に加入しておりますが、問題が発生した場合、その事故がベビーシッターサービス会社（ポピンズチャイルドケアサービスオキナワ）の重大な過失によって発生したもので無い限り、事故に対しての責任は負いかねます。なお、「第 57 回日本手外科学会学術集会」は、その責任を負わないものとする。

【同意書】

以上、私は上記に同意し、署名、捺印を致します。

平成　　年　　月　　日

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

ポピンズチャイルドケアサービスオキナワ
第 57 回日本手外科学会学術集会
託児室責任者 殿

【申込書】

[電話] 098-851-9662　[ＦＡＸ] 098-851-9666　[メール] contact@poppinschild.com

■1 家族単位でのご記入をお願いします。

サブジェクト	「第 57 回日本手外科学会学術集会」		
保護者氏名		所属	
連絡先（携帯）		自宅	
メールアドレス※	※見やすく、大きな字でご記入下さい（ＰＣ用）※お振込先をメールにてお知らせ致します。		

お子様のお名前	年齢(月齢)	性別	お子様のお名前	年齢(月齢)	性別
ﾌﾘｶﾞﾅ:			ﾌﾘｶﾞﾅ:		
①			③		
ﾌﾘｶﾞﾅ:			ﾌﾘｶﾞﾅ:		
②			④		

ご利用日時	4 月 17 日（木）	～
	4 月 18 日（金）	～

※00 : 00～00 : 30 での 30 分単位でご記入下さい。開始時間から 30 分ではございません。

----------【お子様カルテ】----------

●次に該当するお子様用のカルテです（母乳、ミルク、離乳食対象児、又は年齢問わずアレルギー持ち）

お預かり児童名	番号：		
体調について	平熱：　　℃	保育状況	□自宅　□保育園　□預けた事がない
他者との関わり	□わりと落ち着いている　□人見知りをする　□泣いてしまう		
食事内容	□母乳（現場スタッフとご相談下さい）　（　　）時間おき □ミルク（　　cc）：（　　）時間おき		
アレルギー	※食事／その他において全てご記入下さい		
睡眠時間	午前　：　～　：	午後	：　～　：
入眠時の状態	□ベッド、マット等、横になりながらトントンして寝る □おしゃぶり・ハンカチ等を持って寝る※必ずご持参下さい。 □抱っこされながら寝る（縦・横）　□泣きながら寝る		

※同意書、申込書ともにご送信頂き、料金精算終了後、受付完了となります。

※対象児童が複数の場合は、「お子様カルテ」を人数分コピーしてご送信下さい。