

〈個人会員〉 病児保育室 東海キッズケア 登録児童入会申込書 年 月 日

| | | | |
|-------------------------------|--|-----------|------------------------|
| 登録児童 | フリガナ 児童氏名 | 性別 男・女 | 生年月日 住所 〒 電話 () |
| | 通園・通学先 | | |
| | 予防接種について（○をつけてください。）※特別な理由がなく1回目の麻しん（麻しん風しん混合）ワクチンを接種されていない方は、他の利用者様からの感染のリスクを避ける為、当施設のご利用はできません。 MR(麻しん風しん)【接種未・1回目・2回目】 | | |
| | 現在治療中の疾患がある場合はご記入ください。 (心臓疾患のあるお子様や自閉症等のお子様、特別支援学級に通われている方は入会いただけません。 その他保育が困難と判断した場合は入会をお断りする事もございます。ご了承ください。) | | |
| その他 入会にあたって心配な事がある場合はご記入ください。 | | | |

| | | | |
|------|------------|--------|----------------|
| 保護者 | フリガナ 氏名 | 続柄 | 住所 〒 電話 () |
| | 印 | | |
| | 携帯電話 | 携帯アドレス | |
| | お勤め先 | 所属部署 | |
| 住所 〒 | | | 電話 () |

入会済みのお子様がいる場合は全員の氏名と会員IDをご記入ください。

| | |
|----|------|
| 氏名 | 会員ID |
| 氏名 | 会員ID |

株式会社東海メガネコンタクト 病児保育事業部 東海キッズケアの会員登録の申し込みを致します。

下記に入会金 6,000 円をお振込みいただき、申込書を郵送または FAX にてお送りください。

○振込先 銀行口座（手数料は保護者負担）

東海キッズケア 横浜銀行洋光台支店 店番号 343 普通預金 6088761
 振込人・口座名義人(お父様又はお母様)の他にEDI 情報*を必ず入力して頂きます。

EDI 情報：一番上のお子様の生年月日・お名前（20 桁以内 全角カナ 数字）
 例 平成 25 年 3 月 3 日生まれ サトウ タロウ→250303 サトウ タロウ
 *EDI 情報は受取人が振り込み人を特定する為の情報です。

○郵送 送り先 〒234-0054
 横浜市港南区港南台5-23-30
 港南台医療モール2階
 東海キッズケア

○FAX 送り先 FAX：045-830-5155