

# 〈個人会員 福利厚生サービス利用の方〉

## 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 ( )	年 月 日生 ( 歳 か月)
	通園・通学先			
	<p>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。</p> <p>MR (麻しん風しん) 【接種未・1回目・2回目】</p>			
	<p>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。)</p>			
<p>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。</p>				

保護者	フリガナ 氏名	続柄	住所 〒	お子様と異なる場合はご記入ください。	
	印		電話	( )	
	携帯電話	携帯アドレス			
	お勤め先		所属部署		
住所 〒			電話	( )	

〈福利厚生サービス利用〉入会者の氏名、入会しているサービス名とIDをご記入ください					
フリガナ 氏名		サービス名		ID	
フリガナ 氏名		サービス名		ID	

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		フリガナ		会員ID	
氏名		フリガナ		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。

こちらの申込書を郵送またはFAXにてお送りください。

○郵送 送り先 〒234-0054

○FAX 送り先 FAX : 045-830-5155

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