



JDDW 2012 無料託児所ご利用案内

事前に必ずご一読いただき、別紙『託児申込み』『同意書』にご記入ください。
託児所の運営は、アートチャイルドケア株式会社（託児専門業者）が行います。

◇ご利用資格◇

JDDW2012 一般参加登録者（医師）を保護者とする未就学のお子さま
年齢：6ヶ月～6歳

◇受付場所◇

神戸国際展示場 1号館2階 JDDW 総合案内

◇開設時間◇

平成24年10月10日（水） 8：00 ～ 18：00
10月11日（木） 8：00 ～ 18：00
10月12日（金） 8：00 ～ 18：00
10月13日（土） 8：00 ～ 17：00

◇注意点◇

- ★ 申込後、連絡無しによる当日キャンセルは、費用をご負担頂く場合がありますのでご注意ください。
- ★ 託児所でのお預かりは一般参加費（医師）をお支払いされた保護者のお子さまのみに限らせていただきます。何卒ご容赦くださいますようお願い申し上げます。
 - ・お預けの前に、お手洗いを済ませてください。
 - ・当日はお名前、ご住所の確認ができる身分証明書を必ずお持ちください。
 - ・「名前シール」に申込者のお子さまのお名前、年齢を記入して、3枚ご用意いたします。
 - 2枚：アレルギー、トイレトレーニング等について記入させていただき、お子さまの胸、背中に貼ります。
 - また、保護者が携帯をお持ちの方は番号を記入させていただきます。
 - 1枚：保護者の方にお渡しして、お迎えの際の引換券とします。
 - くれぐれも紛失されないようご注意ください。
 - ・お子さまがご病気の場合、ご依頼はお受けできません。但し、医師判断により快方に向かっている場合は除きます。

以下の場合、お預かりいたしかねますので、ご了承ください。

- ・当日、37.5℃以上の発熱の場合、体調不良の場合。
- ・以下の伝染病疾患のある場合。（治癒後であれば、医師による証明書をお持ちください。）

水疱瘡、はしか、おたふくかぜ、手足口病、ふうしん、とびひ、嘔吐下痢症
水いぼ、流行性結膜炎、百日ぜき、インフルエンザ、風邪

- ・集団保育に適さないと、アートチャイルドケア株式会社が判断した場合。

◇お持ち物◇

- ①身分証明書（運転免許証、健康保険証または母子手帳）
- ②託児申込書本紙（ファイル3枚目）
- ③保育中に必要なもの（要・記名）…お預かりする荷物は1つにまとめてください。
 - ・食事（おやつ）、飲み物、着替え、ハンドタオル
 - ・ミルクを飲むお子様：ミルク・お湯・哺乳瓶（必要回数分お持ちください）
 - ・オムツ利用のお子様：オムツとおしりふき

※個人のおもちゃを持ち込まないでください。（紛失しても責任を負いかねます。）

※お子さまのお飲み物として、お茶かお水をご用意ください。

◇お迎え◇

- ・お迎えの際には、必ず「名前シール（引換券）」をご提示ください。お預け時とお迎え時は原則として、同じ方にお越しいただきます。
- ・お預かりとお迎えに違う方が来られる場合は、必ずお預け時にお迎えに来られる方の氏名・住所・所属をお申し出ください。お迎えの際、身分証明書にて確認させていただきます。
- ・代理引渡しのお申し出がなかった場合、また「名前シール（引換券）」を紛失された場合は、お引渡しができない場合もございますので、ご了承ください。
- ・お迎え予定時間より30分経過しても保護者と連絡がとれない場合には、学会事務局に届け出させていただきますのでご了承ください。

◇お食事◇

- ・託児所での調理は一切行いません。
- ・原則として、お持ちいただいたものだけをお子さまに召し上がっていただきます。これにより、万が一食中毒や体調不良が生じた場合には一切責任を負いかねますので、予めご了承ください。

◇緊急時◇

- ・ケガ、発熱、その他緊急時には保護者の方の携帯電話にご連絡をさせていただきます。
- ・万が一、保護者の方と連絡が取れない場合には、託児申込書に記載されております、緊急連絡先へご連絡いたします。
- ・緊急手当ての必要な場合は、ご連絡を急ぎますとともに、近隣の病院へお子さまをお連れする場合がございます。

◇保険◇

万が一の場合の傷害保険、賠償保険には万全を期しておりますが、不可抗力による事故など、保険金が支払われない場合がございます。

ご不明な点がございましたら、事務局までお問合わせください。

JDDW 事務局

〒104-0061

東京都中央区銀座8-9-3 K-18 ビル9階

TEL: 03-3573-1254 FAX: 03-3573-2198

E-mail: info@jddw.jp



JDDW 託児申込書

ご連絡先 記入: 平成 年 月 日

フリガナ	
保護者氏名	
ご所属	
ご住所	
お電話	携帯
FAX	
E-mail	

緊急ご連絡先(ご利用者のご住所以外)

フリガナ	
氏名	お子さまとの関係
ご住所	
お電話	携帯
FAX	

ご利用日時

日	開設時間 (8:00~18:00 ※最終日のみ8:00~17:00)
10月10日(水)	: ~ :
10月11日(木)	: ~ :
10月12日(金)	: ~ :
10月13日(土)	: ~ :

お子さまについて

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
お名前	愛称	年齢	歳 ヶ月
性別	男 ・ 女	日常の保育	家庭内 ・ 保育園 ・ 幼稚園

①これまでに大きな病気やケガをしましたか? (ある ・ ない)

②アレルギーはありますか? (ある ・ ない)

アレルギーの内容

③スタッフに把握してほしいくせや症状があればご記入ください。

()

④当日のお世話について、ご要望があればご記入ください。(食事・おむつなど)

()

同意書

アートチャイルドケア株式会社 殿

利用児名 _____ 生年月日 _____

上記の利用に当たりましては、別紙「ご利用案内」の内容に同意いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印 _____