

FAX 088-844-9411

事前の託児申込は11月20日(水)まで。事前申込状況に応じて、当日の託児申込も受け付けしますので、お気軽にお越しください。



第9回キッズ☆バリアフリーフェスティバル 『医療託児・一般託児』申込書

キッズ☆バリアフリーフェスティバルでは、託児スペースを設けています。

託児につきましては、医療的ケアが必要なお子さんの医療託児と、その他のお子さんの一般託児を準備しています。

託児をご希望の方は、下記にご記入の上、FAX または郵送にてお申込ください。

(ご相談者様の個人情報に関する内容となる為、送信先については、くれぐれもお間違えないようお願いいたします。)

申込者のお名前 (保護者・支援者等)			
連絡先	電話番号	— —	連絡可能時間帯
希望される託児 (該当のところに○)	医療託児を希望		一般託児を希望
(フリガナ) お子さまのお名前	男・女	生年 月 日	年 月 日 ()才
診断名(ある場合のみ)			
託児希望日時	11月30日(土)の ()時頃～()時 程度希望 12月1日(日)の ()時頃～()時 程度希望		

◎下記の記入欄については、配慮の必要なお子さんについてご記入をお願いします。

呼吸器の使用状況	<input type="checkbox"/> 使用している → 電源 要・不要 (いずれかに○)	<input type="checkbox"/> 使用していない
食事	・ 経管栄養 ・ その他()	・ 経口摂取(一部介助・全介助) ・ 胃ろう
排泄	・ おむつ使用 ・ その他()	・ 誘導により自力排泄可能 ・ 全介助
服薬	(託児利用時間中に、服薬の必要があれば、服薬方法等を具体的にご記入ください。)	
吸引	(必要があれば、具体的な方法をご記入ください。)	
その他の対応や 配慮を希望することについて	(託児にあたって、特に発達障害の子どもさんの留意すべきことがあれば、ご記入ください。)	

※ お預かりしました個人情報は、キッズ☆バリアフリーフェスティバル及び継続的な支援以外の目的で使用しません。

※ 申込書を受付いたしましたら、詳細をお伺いさせて頂く為、担当よりご連絡させていただく場合がございます。

※ 託児会場のスペースの都合等により、お申込みをお受けできない場合がございます。予めご了承ください。

※ ご不明な点は、担当までご連絡ください。

福)高知県社会福祉協議会 いきいきライフ推進課 担当:小西・岡本
〒780-8567 高知市朝倉戊 375-1
TEL 088-844-9271 / FAX 088-844-9411
E-mail: kaigohukyu@pippikochi.or.jp

担当者 記入欄	連絡日	担当印	連絡先