

## 大阪大学歯学部同窓会

臨床談話会

# チャイルドルーム 開始します

昨年、当会の女性会員を対象にアンケートを実施しましたところ、講演会での託児サービス(チャイルドルーム)を望むお声を大変多くいただきました。そのご希望に沿えるようにと、平成26年度より、臨床談話会開催日につきましてチャイルドルームを開設することといたしました。ご利用をご希望の場合は、下記内容をお読みの上お申込みください。

開設日： 平成26年度 臨床談話会開催日  
\*詳細日程は臨床談話会年間スケジュールをご参照ください。

開設時間： 午前10時～午後1時 (臨床談話会開催時間)

受付場所： 大阪大学歯学部記念会館もしくは、大阪大学中之島センターの会場

対象年齢： **生後1歳～5歳の幼児** (臨床談話会受講者同伴のお子様に限ります)  
対象年齢以外の託児を希望される場合は、同窓会事務局に連絡を下さい。

利用料金： **無料** (託児時のおやつ代を含めて無料)

申込方法： 下記内容をご記入のうえ下記、大阪大学歯学部同窓会事務局までFAXにてお申込み下さい。

1. 保護者氏名(同窓会員の方は会員番号)、連絡先(住所、携帯番号、FAX番号)
2. お子様の人数、年齢、性別、お名前(ふりがな)
3. 託児希望日、希望時間、臨床談話会の演題
4. これまで、託児(チャイルドルーム)の経験の有無
5. 託児上やアレルギー等健康上の注意点

お申込み確認後、事務局より確認書をFAXにてお送りいたします。

申込締切： **臨床談話会開催日10日前まで** (完全予約制)  
**ご予約のない場合はご利用できません。定員に達し次第締め切らせていただきます。**

お問い合わせ、申込先： 大阪大学歯学部同窓会事務局  
電話：06-6875-1389 FAX:06-6875-1353

託児サービス委託先： 保育ボランティアグループ トライアングル  
<http://suika-koueki.org/npo/triangle/>

※なお、不測の事故に対応するため傷害保険に加入しており、保険適用範囲で補償いたします。また大阪大学歯学部同窓会は事故の責任を負わないことを申し添えます。



# 大阪大学歯学部同窓会 チャイルドルーム申込書

年 月 日

◆申込者(保護者)氏名 受講される方	
(ふりがな) 氏名	
	※同窓会員の方は会員番号もしくは 回生 ( - )
所属・勤務先	歯科医師・歯科衛生士・その他( )
連絡先	住所
	FAX
	携帯番号 講演会場での連絡先
利用予定日・談話会名	
◆お子様 1	
(ふりがな)	男 ・ 女
氏名	( 年 月 日生 年齢 才 ヶ月)
これまでの託児経験の有無	有り ・ 無し
託児上やアレルギー等健康上の注意点	
◆お子様 2	
(ふりがな)	男 ・ 女
氏名	( 年 月 日生 年齢 才 ヶ月)
これまでの託児経験の有無	有り ・ 無し
託児上やアレルギー等健康上の注意点	

※申込締切 各談話会開催日10日前

FAX送信先 大阪大学歯学部同窓会事務局 06-6875-1353