

お子さまご利用依頼票（初回）

お名前（愛称：.....）

お誕生日 年 月 日

出生時の異常 有 ・ 無

健診での異常 有 ・ 無

栄養 母乳（搾乳の持参予定 有・無）

..... ミルク c c / 1 回

..... 離乳食 持参希望 購入希望

アレルギー 有 ・ 無 ・ わからない

かかりつけの病院

保護者様お名前 年齢（..... 歳）

住所 〒

緊急連絡先 ① - -（続柄.....）

..... ② - -（続柄.....）

※スタッフ記入欄

運転免許証