

## ムーブフェスタ貸室託児 利用申込書

グループ ・団体名		託児に使用する 部屋	
ふりがな 担当者氏名			
連絡先	※必ず連絡のとれる番号をご記入ください		
日 時	年 月 日 ( )		
イベント 開催時間	: ~ :	イベントに使用する ムーブ施設内の場所 または部屋	
託児が必要な 時間	: ~ :	子どもの人数	合計 名

	保護者氏名	子どもの名前(ふりがな)	呼び名	年齢	アレルギー
1				歳 ヶ月	有・無
2				歳 ヶ月	有・無
3				歳 ヶ月	有・無
4				歳 ヶ月	有・無
5				歳 ヶ月	有・無
6				歳 ヶ月	有・無
7				歳 ヶ月	有・無
8				歳 ヶ月	有・無
9				歳 ヶ月	有・無
10				歳 ヶ月	有・無

**申込〆切 催事5日前の16:00(必着) FAXでお申し込み下さい。**

※スタッフの手配がありますので、〆切過ぎのお申込は受付できません。ご了承ください。

**【申込先】** NPO法人 チャイルドケアサポートセンター  
ママトモ魚町 TEL 093-967-0708 (10時~16時 月曜休館)  
FAX 093-967-0010  
※FAX送信後、到着確認の電話をお願いします。