|  |  |
| --- | --- |
| **FAX：088-844-9411** | **申込締切　　令和５年6月23日（金）** |



キッズ☆バリアフリーフェスティバル2023

　『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2023では、医療的ケアが必要なお子さんの医療託児と、そのほかのお子さんの一般託児のスペースを設けます。

ご希望の方は、下記にご記入の上、FAXまたはメールにて6月23日（金）までにお申込ください。

※個人情報に関する内容となるため、送信先についてはお間違えないようお気をつけください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込者の氏名**  **（保護者・支援者等）** |  | **希望される託児**  **（該当のところに〇を）** | | | **医療託児　　・　　一般託児** |
| **電話番号** |  | | **E-mail:** | | |
| **（フリガナ）**  **お子さまの氏名** | **男・女** | | **生年月日** | **年　　　　月　　　　日　（　　　）才** | |
| **託児希望日時** | **7月1日（土）　　　（　　　　　　　　）時頃～（　　　　　　　　　　）時　　程度希望**  **7月2日（日）　　　（　　　　　　　　）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** | **□　使用している　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　使用していない**  **→　電源　　要　・　不要　（いずれかに〇）** | | | | |
| **食事** | **飲料の持参をお願いします（水筒などにお名前を記載してください）。**  **託児中に食事が必要なお子さんは、食事をご持参ください。**  **・　経管栄養　　　　　　・　経口摂取（　一部介助　　・　全介助　）　　　　　・　胃ろう**  **・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | |
| **排泄** | **・　おむつ使用　　　　　・　誘導により自力排泄可能　　　　　・　全介助**  **・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | |
| **吸引** | **（必要があれば、具体的な方法をご記入ください。）** | | | | |
| **そのほか** | **託児にあたって、配慮を希望すること等あればご記入ください（例：アレルギー有無など）** | | | | |

* お預かりしました個人情報は、本催し及び継続的な支援以外の目的では使用いたしません。
* 申込書を受付しましたら、確認のため担当よりご連絡させていただきます。電話番号は連絡のとりやすい番号を記載願います。
* 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あります。予めご了承ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者  記入欄 | 受取日 | 連絡日 | 担当 |
|  |  |  |

【キッズ☆バリアフリーフェスティバル2023実行委員会事務局】

高知県社会福祉協議会　いきいきライフ推進課　担当：細美・魚谷

〒780-8567　高知市朝倉戊375-1

TEL　088-844-9271　/　FAX　088-844-9411

E-mail：[kaigohukyu@pippikochi.or.jp](mailto:kaigohukyu@pippikochi.or.jp)