

わらべうたベビーマッサージ教室参加票

※楽しく安全に参加していただけるように、下記の調査にご協力ください。

ママの名前	赤ちゃんの名前
ふりがな	ふりがな 生年月日 年 月 日
住所(里帰りの場合は両方の住所をご記入ください)	
電話番号	

☆赤ちゃんの体調はいかがですか？

いいえ・はい を○で囲み、症状があれば記入してください。

① 本日の体調で気になることはありますか？(鼻水・下痢・発熱等)

いいえ ・ はい ()

② 48 時間以内に予防接種を受けましたか？

いいえ ・ はい (いつ受けましたか？)

③ お肌に湿疹やかぶれはありますか？お薬を使用していますか？

いいえ ・ はい ()

☆写真撮影についてお伺いします。(当院ブログに掲載させていただく場合があります)

数字を○で囲んでください。

① ママ・baby ちゃん どちらも OK

② ママだけなら OK

③ Baby ちゃんだけなら OK

④ どちらもごめんなさい



※なお個人の SNS 等に写真を掲載される場合は、プライバシー保護にご協力ください。

2枚目の「教室からの注意・お願い」もお読みになり、教室に参加されますか？

(参加します ・ 見学します)

令和 年 月 日

署名