

トワイライトステイ利用申込書 (新規・キャンセル) ←いずれかに○

入室 退室

住所	〒03-5444-1035 FAX03-6435-0885	
	会員番号 No.	申請日 月 日
	ふりがな	
児童氏名		
保護者氏名	利用時年齢	歳 月 日 男・女
	連絡先	— — 女
利用日時	平成 年 月 日 (曜日)	保・幼・小・中学校
	時 分 ~ 時 分まで(24時間表記)	夕食 18:30 あり・なし
理由		アレルギー あり()・なし
理由	仕事・学校・家族の用事・通院・冠婚葬祭 介護・リフレッシュ・その他()	減免の種類 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 住民税非課税
利用	<input type="checkbox"/> 初回利用 <input type="checkbox"/> 2回目以降	<同意書> 私は申込時まで、減免を証明する書類の提出が不可能な為、みなと子育て応援プラザPokkeが港区子ども家庭支援センターを通じ、課税状況等の確認をすることに同意します。 名前()
備考		手渡し 郵送 (/) (/)

利用料金 (スタッフ記入)

<input type="checkbox"/> (平日・土曜):2000円	<input type="checkbox"/> (日・祝):2500円	夕食	<input type="checkbox"/> 4歳未満無料	キャンセルについて ・前日の12時以降キャンセル料が発生致します。 ・休業日の連絡は留守☎またはFAXでお知らせ下さい。	入力者
<input type="checkbox"/> 非課税 (平日・土曜):1000円	(日・祝):1250円		<input type="checkbox"/> 500円		確認者
利用料	円	備考		処理者	
おつりの無いようにご協力お願い致します					

ケアカード(当日連絡欄)

*お迎えの方が変更になる場合は、必ずご連絡ください。
*18:00~22:00のご連絡は TEL:070-5593-3529

お迎えの人*	父・母・その他(氏名 続柄)			
今日の連絡先	① 父・母・その他(氏名 続柄) TEL ()			
	② 父・母・その他(氏名 続柄) TEL ()			
滞在場所	滞在場所	固定電話		
利用前の様子	体温	来館前 ℃ 平熱 ℃	排便	硬・普・軟・下痢・なし
	睡眠	昨晚 : ~ :	体調	良好・気になることあり()
		本日 : ~ :	湿疹・傷	なし・あり()
	食事	昼・おやつ 時 分・量(普通少)	薬	なし・飲薬・塗り薬・貼り薬(薬名:)
母乳・ミルク	時 分・量(cc)	予防接種	最近受けた: (月 日)	
仮眠	する・しない・状況でまかせる			
ミルクの希望時間: (時 分頃 cc) (時 分頃 cc)				
好きな遊び・玩具:	連絡事項:			
持ちもの☑をお願いします(記名)				
<input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> バスタオル2枚(睡眠用)				
<input type="checkbox"/> おむつ(ビニール袋に入れる) <input type="checkbox"/> おしりふき				
<input type="checkbox"/> ミルク・哺乳瓶 <input type="checkbox"/> 手さげレジ袋				

スタッフ記入欄

子どもの様子	排便: 硬・普・軟・下痢	睡眠: : ~ :
	夕食: 全量	保育中の様子・連絡
	主食:	ミルク: : cc
	主菜:	
副菜:		(記入者名)
汁物:		
果物:		

食事量(全:○ おかわり:◎ 食べない:-)

みなと子育て応援プラザPokke2018.9.28.