

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

☎03-5444-1035 FAX03-6435-0885

住所	□□□□□□□□		会員番号	No.	申請日	月	日
			ふりがな				
			児童氏名				
保護者氏名	様		利用時年齢	歳	ヶ月	男・女	
			連絡先Tel	-	-	女	
利用日時	平成 年 月 日 (曜日)				小・幼・保		
	時 分から 時 分まで(24時間表記)				夕食	あり・なし	
	トワイライトのあずかりは17:00~22:00です				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		
利用について	<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準備が間に合わない為、子ども庭支援センターを通じ、課税状況の確認をお願いします。 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	備考	円		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	滞在场所 固定電話	- -		
利用前の様子	体温	来館前 °C 平熱 °C	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			
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。 <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・なし	睡眠: : ~ :	
	夕食: 全量	保育中の様子・連絡	ミルク: : cc
	主食:		
	主菜:		
副菜:			
汁物:			
果物:			
(記入者名)			

食事量(全:○ おかわり:◎ 食べない:-)

みなと子育て応援プラザPokke2017.11.1.