

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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		☎03-5444-1035 FAX03-6435-0885		
	会員番号	No.	申請日 月 日		
	ふりがな		児童氏名		
(マンション等にお住まいの場合、部屋番号までご記入ください)					
保護者氏名	様		利用時年齢	歳 月	男・女
			連絡先TEL	-	
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
	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	<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 <input type="checkbox"/> 非課税 (平日・土曜):1000円 (日・祝):1250円	夕食 <input type="checkbox"/> 4歳未満無料 <input type="checkbox"/> 500円	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 確認者 処理者
利用料 <input type="text"/> 円 おつりの無いようにご協力お願い致します	備考		

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 °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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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Pokke2018.11.02.