

トワイライトステイ利用申込書 (新規・時間変更・キャンセル)

☎ 03-5444-1035 入室
FAX 03-6435-0885

退室

住所	□□□□□□□□		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	ヶ月	男・女	
			連絡先TEL	-	-	女	
利用日時	令和 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	有・無
	トワイライトのあずかりは17:00~22:00です				アレルギー	無・有()	
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()				申込み~ご利用日までにアレルギーが出た場合、必ずご連絡ください ()月()日 アレルギー()		
					減免の種類	□生活保護 □住民税非課税	
利用	□初回利用 □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)

□保育料(平日・土曜):2000円	□(日・祝):2500円	夕食	□500円	キャンセルについて	入力者
□[非](平日・土曜):1000円	□(日・祝):1250円	□無料	□4歳未満		・利用前日の正午12時以降 キャンセル料が発生致します。 ・休業日のご連絡は留守録、 またはFAXでお知らせください。
□[生]:無料	利用料金 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					

*お子さんをお預かり中夜間(17:00~22:00)のご連絡は、☎ 070-5593-3529

当日連絡欄

*お迎えは、送迎者リストに載っている方で、下記に○を付けた方のみ。お迎えの方が変更になる場合は、必ずご連絡ください。

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	普・硬・軟・下痢・なし
	睡眠	昨夜 : ~ :	体調	良・気になることあり()
		本日 : ~ :	湿疹・傷	無・有()
	食事	昼・おやつ : ・量(普通・少ない)	薬	無・飲薬・塗り薬・貼り薬(薬名:)
母乳・ミルク	: ・量(cc)	予防接種	無・有(一週間以内): (月 日)	
仮眠	する・しない・状況でまかせる			
ミルクの希望時間	: 頃・量(cc) /	: 頃・量(cc)		
好きな遊び・玩具:	連絡事項:		持ちもの □枚数:着用分も含む 全て記名をお願いします 下着 □肌着 枚 □パンツ 枚 中着 □シャツ 枚 □ズボン 枚 □靴下 足 上着 □ジャンパー 他 □運動靴 □バスタオル2枚(睡眠用) □手さげレジ袋2~3枚 乳幼児 □紙おむつ 枚(1枚ずつビニール袋に入れる) □おしり拭き □スティックタイプミルク 本 □哺乳瓶 本 その他 _____	

保育中のお子さんの様子(スタッフ記入)

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
食事	主食:	(記入者名)
	主菜:	
	副菜:	
	汁物:	
果物:		

食事量(全:○ おかわり:◎ 食べない:-)