

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
FAX:03-6435-0885

入室対応者
()

引渡し対応者
()

住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		会員番号	No.	申請日	月	日
	所変更がありましたらご連絡をお願いします		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	—	—	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	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		無・有()		
申込開始日:利用希望日の前月1日(事務営業日の月~土曜)9:00am~(日・祝日・年末年始を除く)			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()				
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		<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							

利用料金(スタッフ記入)

<input type="checkbox"/> 保育料(平日・土曜):2000円 <input type="checkbox"/> (日・祝):2500円 <input type="checkbox"/> [非] (平日・土曜):1000円 <input type="checkbox"/> (日・祝):1250円 <input type="checkbox"/> [生]:無料	<input type="checkbox"/> 500円 <input type="checkbox"/> 無料 4歳未満	キャンセルについて ・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。	入力者 確認者 処理者
利用料金 円 おつりの無いようにご協力お願い致します	備考		

*お子さんをお預かり中夜間(17:00~22:00)のご連絡は、☎ 070-5593-3529 利用日当日手渡し 事前手渡し (/)

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 ℃ ・ 平熱 ℃	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(一週間以内)	無・有(予防接種名: 月 日)	
仮眠	する・しない・状況でまかせる			
ミルクの希望時間	① : 頃・量(cc) / ② : 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 _____

保育中の様子(スタッフ記入)

排便	なし・あり【普・硬・軟・下痢】(:)		
睡眠	なし・あり (: ~ :)		
食事	夕食	ミルク	子どもの様子
	全		
	主食:	① : (cc)	(記入者名)
	主菜:	② : (cc)	特記事項
副菜:			(記入者名)
汁:			
果物:			

食事量(全:○ おかわり:◎ 食べない:-)