

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()
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)		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	<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。	
備考			名前() 手渡し 郵送 (/) (/)	

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	夕食	<input type="checkbox"/> 500円	キャンセルについて	入力者
<input type="checkbox"/> 〔非〕(平日・土曜):1000円	<input type="checkbox"/> 〔日・祝〕:1250円		<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 〔生〕:無料					処理者
利用料金	円	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

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 <input checked="" type="checkbox"/> 枚数:着用分も含む 全て記名をお願いします	
				下着 <input type="checkbox"/> 肌着 _____ 枚 <input type="checkbox"/> パンツ _____ 枚
				中着 <input type="checkbox"/> シャツ _____ 枚 <input type="checkbox"/> ズボン _____ 枚 <input type="checkbox"/> 靴下 _____ 足
				上着 <input type="checkbox"/> ジャンパー
				他 <input type="checkbox"/> 運動靴 <input type="checkbox"/> バスタオル2枚(睡眠用) <input type="checkbox"/> 手さげレジ袋2~3枚
				乳幼児 <input type="checkbox"/> 紙おむつ _____ 枚(1枚ずつビニール袋に入れる)
				<input type="checkbox"/> おしり拭き <input type="checkbox"/> スティックタイプミルク _____ 本 <input type="checkbox"/> 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	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:-)