

トワイライト利用申込書 (新規・キャンセル) ←いずれかに○

FAX 03-6435-0885

☎ 03-5444-1035

入室	退室
----	----

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	利用時の年齢	才	ヶ月	男・女	
		連絡先Tel	-	-		
利用日時	平成 年 月 日 (曜日)			小・幼・保		
	時 分	から	時 分	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(月1回利用可) 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: 500円	キャンセルについて	入力者
<input type="checkbox"/> 非課税 (平日・土曜): 1000円	(日・祝): 1250円		・前日の12時以降キャンセル料が発生します。 ・休業日の連絡は留守☎またはFAXで知らせてください。	確認者
利用料	円	理由証明確認済(/)・未	備考	処理者

※18:00~22:00の連絡は →【070-5593-3529】

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。

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 ()			
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	昨夜	:	~	:	体調	良好・気になることあり
		今日	:	~	:	湿疹	なし・あり
	食事	昼・おやつ	時 分	量(普通 少)	薬	飲んでいない・いる(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☑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)、おしりふき							
<input type="checkbox"/> ミルク、哺乳瓶 <input type="checkbox"/> スーパーの袋							

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	保育中の様子・連絡	ミルク : CC
	主食:			
	主菜:			
副菜:				
汁:				
果物:				
(記入者名)				

食事量(全:○、おかわり:◎、食べない:-)