

TEL 03-3412-1400
 FAX 03-3412-1455

申込書・同意書

NO. _____

利用規約に同意して下記の通り申し込みします

★ 太枠内にご記入ください

		記入日		年	月	日						
お子さま の 名 前	ふりがな			生年月日	年	月	日					
				年齢	才	ヶ月						
				性別								
保護者の 名 前	ふりがな			携帯								
				電話/FAX								
				メール アドレス								
住所	〒() 世田谷区											
申込み理由 (○を付けて 下さい)	就労(就職活動を含む)	<input type="checkbox"/>	資格習得	<input type="checkbox"/>	通学	<input type="checkbox"/>	通院	<input type="checkbox"/>	看護・介護	<input type="checkbox"/>	葬儀	<input type="checkbox"/>
	入院(傷病、出産等)	<input type="checkbox"/>	入院看護	<input type="checkbox"/>	災害復旧活動	<input type="checkbox"/>	学校行事	<input type="checkbox"/>	育児負担	<input type="checkbox"/>		
	その他(理由: _____)											
利用日時 (24時間制で ご記入ください)	/ () ~			/ () ~								
	/ () ~			/ () ~								
	/ () ~			/ () ~								
	/ () ~			/ () ~								
	/ () ~			/ () ~								
	/ () ~			/ () ~								
利用料金	無償分			円	内訳	4 H迄	1500	×	日			
	自己負担分			円		8 H迄	3000	×	日			
				円		H迄		×	日			
				円		H迄		×	日			
キャンセル料金					円							
振込期日	自己負担分は、利用日の一週間前迄にお振込みください キャンセル料金は速やかにお振込みをお願いします											
連絡	T・D・M			年齢	才	ヶ月	・	新				
振込日				発送日	M・手							
備考												