

＜一時預かり事業・休日保育・夜間保育＞

月 利用日および夜食希望調書

児童名				生年月日	平成	年	月	日
児童名				生年月日	平成	年	月	日
保護者名				緊急連絡先				
利用日	時間	休日保育の 代替休日	夜食	利用日	時間	休日保育の 代替休日	夜食	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
日()	: ~ :	日()	有 無	日()	: ~ :	日()	有 無	
休日保育での0歳児 離乳食とミルクの状況	離乳食 (丸印) ミルクの種類 1回のミルク量			5~6カ月頃、7~8カ月頃、9~11カ月頃、12~18カ月頃				
家庭からの連絡 その他								

(注) ①毎月25日まで翌月分をお知らせください。②当日のキャンセルは朝9時までご連絡ください。③夜食の対応は19か月からです。キャンセルは昼12時までお願いします。以降のキャンセルは半額頂きます。④利用時間にあわせ送迎時間を厳守願います。⑤料金はおつりのないようお願いします。⑥休日保育利用については、代替休日予定日の記入をお願いします。