

一時ケア申込み用紙(FAX 専用)

一時ケア(300円/1時間)

氏名	Tel 045()
	Fax 045()
利用希望日	月 日 曜日
時間	: ~ : (30分単位でご記入下さい)
来所方法	<input type="checkbox"/> ご家族送り <input type="checkbox"/> 学校迎え希望 <input type="checkbox"/> その他_____
帰所方法	<input type="checkbox"/> ご家族迎え <input type="checkbox"/> 自宅送り希望 <input type="checkbox"/> その他_____

送迎サービス (300円/1回 自宅送りは加えて車内一時ケア代金 一律150円をご負担頂きます)

お迎え時間	:
お迎え場所	金沢養護学校・ _____バスポイント・ ひの特別支援学校・ その他()
自宅送り (1回/300円)	<input type="checkbox"/> 希望する方はチェックして下さい

食事

<input type="checkbox"/> 昼給食(400円)	<input type="checkbox"/> 夜給食(500円)
<input type="checkbox"/> 弁当持参	<input type="checkbox"/> 弁当注文(土日・祭日のみ・500円程度)

その他 特記事項事項等あればご記入下さい

--

いぶきからの返答欄

お受けできます 申し訳ありませんが今回はお受けできません

その他 _____