

F A X 予約申込書

事前登録がお済みでない場合、予約は出来ませんので、事前登録を先に済ませてください。

太枠内を記入漏れがないようにご記入ください。

フリガナ	
氏名	
生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)
症状の質問	麻疹や流行性角結膜（はやり目）ではありませんか <input type="checkbox"/> いいえ、違います <input type="checkbox"/> はい
お子様の症状	
希望予約日	平成 年 月 日 (曜日) (予約可能日は、月曜日～金曜日 祝日除く)
希望入室時間	時 分 (8:30から入室出来ます)
希望退室時間	時 分 (18:00までに退室して頂きます)
ご要望	

予約受付のご回答 (病児保育室が記入します)

予約を受け付けました

当日、必要書類をご持参の上、希望入室時間までにお越しください。
必要書類につきましては、ホームページや利用案内を参照ください。
入室が遅れる場合やキャンセルされる場合は、必ずご連絡ください。

予約が出来ませんでした

- 予約定員を超えた為
- 預かり対象外の疾患の為
- 病児保育室の利用時間外の為
- F A X での説明では不十分でした。詳しく内容を伺いますので、直接電話をください。
- その他

予約申込書確認日時	予約申込書処理日時	病児保育室印	担当者印
年 月 日 :	年 月 日 :		