

一時ケアお申し込み用紙(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	お迎え 金沢支援学校 ¥100 ひの特別支援学校 ¥200 自宅送り 16:30 までの一時ケア代(送迎費を含む)
お迎え時間	:
お迎え場所	金沢支援学校 ・ _____バスポイント ・ ひの特別支援学校・ その他()
自宅送り	<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・祝日のみ・630円)

その他 特記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 _____