

伺	令和 年 月 日			決裁日				令和 年 月 日		
地域連携課				医療課				副園長	事務長	園長
担当	副任	企画主査	課長	看護 企画主査	病棟看護長	給食	総看護長			

医療型特定短期入所 日帰りの利用 申込書 兼同意書

日中一時支援事業 (*施設記入欄 通常利用 緊急利用)

氏名							性別	男	女
生年月日	平成・令和 年 月 日			年齢	歳 か月				
住所									
電話番号							身長・体重	cm	kg
日帰り ①	令和 年 月 日 (曜日)	時間 時 分	～	時 分	まで	食事	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕
日帰り ②	令和 年 月 日 (曜日)	時間 時 分	～	時 分	まで	食事	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕
日帰り ③	令和 年 月 日 (曜日)	時間 時 分	～	時 分	まで	食事	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕
日帰り ④	令和 年 月 日 (曜日)	時間 時 分	～	時 分	まで	食事	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕
給食	経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養)の方の新光園での給食の提供について (各食チェックをお願いします) 朝食 <input type="checkbox"/> 給食・ <input type="checkbox"/> 栄養剤持参 昼食 <input type="checkbox"/> 給食・ <input type="checkbox"/> 栄養剤持参 夕食 <input type="checkbox"/> 給食・ <input type="checkbox"/> 栄養剤持参								
	*新光園で提供する食事について 前回利用時と変更がありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (☑はいと答えた方のみ)変更となった内容をご記入ください								
	食物アレルギーの有無 <u>*必ずご記入ください</u> <input type="checkbox"/> あり() ・ <input type="checkbox"/> なし								
【お申込み理由】 レスパイト ・ 兄弟の行事 ・ 家族の病気 ・ 冠婚葬祭 ・ その他()									
※短期入所中、留意することがありましたら、 入所時の物品チェックリスト内の「備考欄」にご記入の上、看護師にもお伝えください。									

***同意事項**

体調不良などで短期入所の継続が困難と園が判断した場合は、速やかに保護者のお迎えをお願いします。
なお、保護者が県外にいる等でお迎えが困難な場合は、あらかじめお迎えに来られる方を調整の上お申し込みください。短期入所等における留意事項および上記の同意事項に同意したうえで、上記のとおり申し込みます。

保護者氏名 _____

【ご注意ください！】

- ・ 18:00～19:00 は入園児の夕食等介助のため、入退所の対応はできません。
- ・ ご利用の中止や変更の際、次の時間までにご連絡がない場合は食費をご負担いただきます。ご了承ください。
朝食・・・前日 16時 昼食・・・当日 9時 夕食・・・当日 14時
- *利用予定日のある月の、前の月の1日から申し込みを受け付け、調整後に利用の可否をご連絡します。
受付時間：土曜日・日曜日・祝日を除く平日の午前9時～午後5時 12月29日～1月3日を除く
1日が土日祝日の場合は、休日明けにご連絡ください。 ご協力をお願い致します。

TEL092-692-1602(地域連携課) FAX 092-962-3113 福岡県こども療育センター新光園