

ご利用申込書

年 月 日

ふりがな 保護者氏名 Guardian's Name (メインのご連絡先)	TEL E-Mail
生年月日 Date of Birth	勤務先・部署 Company Name・Department
年 Year	TEL
月 Month	TEL
日 Day	TEL
ふりがな 保護者氏名 Guardian's Name	TEL E-Mail
生年月日 Date of Birth	勤務先・部署 Company Name・Department
年 Year	TEL
月 Month	TEL
日 Day	TEL
ご家族様以外のご連絡先 Another Emergency Contact	
ご氏名 Name	TEL
続柄 Relationship	
入室禁止場所 Prohibited from Entering	緊急避難場所 Safety Evacuation Area
ペット Pet	お電話可能な曜日・時間 Convenient Day and Time to Call

サービスご利用のお子様氏名をご記入ください。

ふりがな お子様氏名 Child's Name	年齢 Age	ふりがな お子様氏名 Child's Name	年齢 Age
ふりがな お子様氏名 Child's Name	年齢 Age	ふりがな お子様氏名 Child's Name	年齢 Age

ご利用予定のプランを○で囲んでください。

ブロンズプラン (毎月6時間分～)	シルバープラン (毎月12時間分～)	ゴールドプラン (毎月36時間分～)
単発利用		

ご利用予定のサービスを○で囲んでください。

英語シッティング	日本語シッティング	送迎	病後児保育
家事代行	新生児ケア	その他 ()	

ご利用予定の曜日・時間帯をご記入ください。

月 : ~ :	土 : ~ :	その他ご要望 :
火 : ~ :	日 : ~ :	
水 : ~ :		
木 : ~ :	不定期 ()	
金 : ~ :		

リトルハグを知ったきっかけ (該当に○をご記入ください)

検索 (キーワード:)	
知人の紹介 ()	その他媒体 ()

