キッズスクウェア

中之島フェスティバルタワー

Winter Plan 2021

―― 忙しい冬休みに、便利でお得な一時預かりプランを。――

毎年、大好評の一時預かりウィンタープラン。
年末年始の忙しい時期、お母さまにも・お子さまにも
ゆとりの時間をプレゼントします！

19日間！

選べる期間：１２/６（月）～１/７（金）

ゆとりの長期間からお好きなプランをお選び下さい。

- **生後３ヶ月のお子さまから**ご利用いただけます。
- 幼稚園に通われているお友だち
- もちろん**キッズスクウェアのご利用が初めての方も大歓迎**！

キッズスクウェアで新しいお友だちといろんな経験をしてみませんか。
年齢の違うお友だちとの関わりを通して、大きくなることへの憧れの気持ちを育みます。

～お母さまが一番忙しいこの期間、
お子さま同士でみんな一緒に楽しく過ごしましょう～

お申込･お問合せ

キッズスクウェア 中之島フェスティバルタワー

大阪市北区中之島二丁目３番 18 号 中之島フェスティバルタワー２階
TEL 06-4708-8115
株式会社アルファコーポレーション http://www.alpha-co.com

＊WEBお申込みフォーム

Winter Plan のご案内

期　間　　2021 年　12 月　6 日（月）～ 2022 年　1 月　7 日（金）
※土・日・祝他特定日は除きます　＜カレンダーを参照ください＞
時　間　　9：00～17：00 の間でお好きな時間をお選びください
対象年齢　　3 ヶ月～未就学児　※定員があります
料　金

一時預かりのご料金
よりもとてもお得です!!

（非課税）

	3 時間	5 時間	7 時間
5 日プラン	31,500 円	52,500 円	73,500 円
10 日プラン	58,800 円	98,000 円	130,000 円

※弊社プレミア会員様、支店会員様以外の場合、お申込み時の保険料として別途 11,000 円(税込)が必要となります。
※ご料金につきましては初回利用日までにお支払いをお願いいたします。

プラン　ご利用上のご注意

＊ 定員に限りがございます。ご予約はお早めにお願いします。
＊ お申し込みは、別紙のお申込書とご料金を添えて、ご利用されるキッズスクウェアにてお手続きください。
＊ ご利用場所は、申込書にて指定されたキッズスクウェア 1 ヶ所のみとし、複数の場所でのご利用はお断りいたします。
＊ 利用日時の変更・振替は、安全管理上、予定日前日の 16：00 時までにご連絡ください。受付は、平日（土日祝除く）10：00～16:00 です。以後のご連絡は、ご利用されたものとみなしますこと、ご了承下さい。
＊ 託児は、原則としてキッズスクウェア室内のみとなります。送迎等が必要な場合は 3 日前までにお申し出下さい。ベビーシッター料金にて承ります。
＊ 安全管理上、送迎をされる方・利用者様（お子さま）の写真をご提出ください。プラン終了後、返却いたします（既にご提出済みの方ご提出の必要ございません）。
＊ 申込書記載時間外のご利用は、弊社託児料金にて承ります。お迎え時間が遅れられた場合にも適用いたしますことご了承下さい。
＊ 昼食・おやつ・着替え等は各自ご準備ください。
＊ 他のお子さまに影響を及ぼすものの持込はお断りいたします。
＊ お持ち物にはすべてご記名ください。
＊ 法定伝染病並びに感染症、発熱等お子様の体調がすぐれない場合、他のお子様に影響を与える場合には、ご利用をお断りいたします。また、当社では一切の医療行為は致しかねます。万一、保育中にお子さまの病状が悪化することがございましても、一切の責任は負いかねますことご了承ください。
＊ 一旦ご入金いただきました利用料金等は、理由の如何によらず、返金は致しかねます。
＊ 以上の規約の遵守無き場合、期間中であってもご利用をお断りすることがございますことをご了承ください。
＊ その他は、キッズスクウェアご利用規約に準じます。
＊ お支払いは現金のみでお願いいたします。

キッズスクウェア　中之島フェスティバルタワー　Winter Plan 申込書

利用の案内を理解・遵守することを約し、以下のとおり申し込みます。
下記をご記入いただくに際には、下欄の「個人情報の取扱いについて」にご同意の上ご記入下さい

□　同意します（チェックマークを記入下さい）

【個人情報の取扱いについて】
[事業者]株式会社ｱﾙﾌｧｺｰﾎﾟﾚｰｼｮﾝ　[保護管理者　]管理部長　[利用目的]当社サービスの提供、催しのご案内やご連絡
[提供及び委託]　第三者への提供および委託はいたしません　[開示等]　所定の手続きにより対応いたします
[任意性]ご記入いただけなかった場合は、お客様のご希望にお応えすることができないことがあります
[お問い合わせ先]株式会社ｱﾙﾌｧｺｰﾎﾟﾚｰｼｮﾝ　TEL：0120-086-720

お子さま氏名		生年月日	20　　年　　月　　日
園名・学校名			
保護者氏名		電話番号	
住所	〒		
緊急連絡先	1.　　続柄	緊急連絡先	2.　　続柄
勤務先		ご連絡先	

＜利用形態＞

＊　5 日間プラン　　□　3 時間　　□　5 時間　　□　7 時間
＊　10 日間プラン　　□　3 時間　　□　5 時間　　□　7 時間

申込書受付	利用料金受領		本社経理
/	/	保険料　　¥ ご利用料金　¥	/
担当者	担当者	合計金額　¥	担当者

＜利用日＞　利用希望日に時間をご記入ください。（斜線のところは利用できません）

日	月	火	水	木	金	土
	12/6	7	8	9	10	
	13	14	15	16	17	
	20	21	22	23	24	
	27	28	29	30	31	
	1/3	4	5	6	7	

記入の後、コピーをお申込者様にご返却。