

春休みだけの特別プラン♪



Kid's Square 帝国ホテル大阪

Spring Plan 2017

毎年、大好評の一時預かりスプリングプラン
ご進級・ご進学おめでとうございます！
キッズスクウェアで生活リズムを整えて、新年度にむけてGO!

えらべる期間は、**3/6(月)～4/14(金)**

ゆとりの長期間からお好きなプランをお選び下さい。
新年少～小学3年生のお子様まで

～ 色々な方にご利用いただいております ～

- ★ 幼稚園や小学校のお休み期間も、生活リズムを保ちたい方に
- ★ もちろんビジター様もOK!

春休みは、新年度の準備など、お子さまも、お母様も新しい生活に向けて期待と不安の時かもしれません
キッズスクウェアはそんな皆様を、楽しくサポートしてまいります。
～みんなで一緒に楽しく過ごしましょう～



プランご利用後1ヶ月以内にアフタースクール（学童型月極め保育）
教室入会の方は **登録料無料!**



- お申込・お問合せは -

キッズスクウェア帝国ホテル大阪
TEL 06-6357-7711

株式会社アルファコーポレーション <http://www.alpha-co.com>



スプリングプランのご案内

期 間	2017年 3月6日(月)～2017 4月14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	9:00～19:00の間でお好きな時間をお選びください
対象年齢	新年少～小学校3年生 ※定員があります
料 金 (税別)	

	3時間コース	5時間コース	7時間コース
5日間プラン	26,600円	39,600円	48,600円
10日間プラン	44,600円	61,200円	77,400円
15日間プラン	57,600円	89,600円	102,600円
1日追加	5,900円	9,500円	11,300円

※弊社プレミアム会員様、支店会員様以外の場合、お申し込み時に保険料等として
3時間コースは5,000円(税別)5時間、7時間コースは10,000円(税別)が必要となります。

スプリングプランにお申込みいただくと

教室の体験が無料になります！！

スプリングプラン ご利用上のご注意

- * 定員に限りがございます。ご予約はお早めをお願いします。
- * 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。
- * 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。
- * 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。
- * 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、一切の責任は負いかねますことご了承下さい。
- * 保育内容等のレポート記入はいたしませんので、ご了解ください。
- * 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。

キッズスクウェア 帝国ホテル大阪 Spring 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ポレーション[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[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ません[お問い合わせ先]株式会社アルファコーポレーション TEL:0120-086-720

利用者氏名		生年月日	年	月	日
学校・園名	年				
保護者氏名	⑩	電話番号			
住所					
緊急連絡先	1.	続柄	2.	続柄	
勤務先		ご連絡先			

<利用日> 利用希望日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
/	3/6	7	8	9	10	/
/	13	14	15	16	17	/
/	/	21	22	23	24	/
/	27	28	29	30	31	/

/	4/3	4	5	6	7	/
/	10	11	12	13	14	/

記入の後、コピーをお申込者様にご返却ください。