

## 送迎サービス申込書

申込日          年    月    日

保 護 者	ふりがな			收受欄
	氏 名			
	住 所	〒          ー		
	電 話	(自宅)	(携帯)	

児 童	ふりがな	続          柄	
	氏 名	性          別	男 ・ 女
	学 校 名	年          齢	歳
	学校住所	H 3 1 年 度 学 年	年    組

利用コース	週 _____ コース (曜日 _____ )
送迎コース (✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 学校からアメディコ <input type="checkbox"/> アメディコから自宅 <input type="checkbox"/> 往復送迎

備 考 欄	
-------------	--

**【申込・利用停止方法】**    利用又は停止希望日2週間前までお申し出ください。

**【利用料金】**                    片道    ¥ 5 0 0    往復    ¥ 1, 0 0 0

アメディコから3キロ圏内 (※)、又は兄弟／お友達と同じ場所  
と時間での送迎の場合    1人300円／片道

(※) 距離の計算はアメディコ使用のナビシステムにて判断いたします。

**【お支払方法】**                会費と一緒に月払