

事前打ち合わせ内容

会員番号		会員氏名	
フリガナ			生 年 月 日
子どもの名前			平成 年 月 日生
住 所	〒573-		
	TEL ()		
	FAX ()		
	(携帯)		
緊急連絡先	氏 名 (フリガナ)	続柄	TEL・会社名等
保育所・ 幼稚園・学校	名 称		
	住 所	TEL ()	
	クラス・ 担任氏名		
食事・ おやつ・ アレルギー			
睡 眠 (午 睡)			
排 泄 (おむつ)			
病 歴			かかりつけ医
			TEL ()
その他 特記事項			

(注) 援助活動の実施に当たっては、子どもの当日の状況等について依頼者と提供者の間で十分打ち合わせを行ってください。

※ 自宅付近及び保育所・幼稚園・学校等の送迎先までの経路の地図を記入してください。