記入例

事　前　打　ち　合　わ　せ　票

依頼会員番号	氏名	提供会員番号	氏名
2－2300	安城　花子	1－5	桜町　二三子

実施予定日	実施予定時間
令和　〇年　3月　5日（木）	16時00分　～　20時00分

フリガナ 子どもの名前 生　年　月　日	安城（アンジョウ）　太郎（タロウ） 令和〇年5月　5日生（1歳）	在籍する保育施設等の名称 〇〇保育園 TEL〇〇－△△△△	クラス名 さくら	担任氏名 □□先生
フリガナ 子どもの名前 生　年　月　日	年　月　日生（　歳）	在籍する保育施設等の名称 TEL　－	クラス名	担任氏名
フリガナ 子どもの名前 生　年　月　日	年　月　日生（　歳）	在籍する保育施設等の名称 TEL　－	クラス名	担任氏名

依頼会員住所	安城市桜町〇番〇〇号 TEL（0566）〇〇－△△△△ 携帯電話090－〇〇〇〇－△△△△ FAX（　　）　－
上記以外の緊急連絡先	氏名　依頼会員との続柄（義母）　TEL（0566）〇〇－△△△△ 安城　△△子　携帯電話　－　－ ※依頼会員は提供会員の緊急連絡先を控えておくとよい。FAX（　　）　－
食事・おやつ	・夕食は持参します。
睡　眠	・眠そうな時は、いつもおんぶをしている。 ・眠くなると指しゃぶりをする。
排泄（おむつ）	・おむつ5枚持参します。 ・おむつ替えを嫌がる時は、手におもちゃなど好きな物を持たせるとおとなしくしています。
病　歴	※伝えておいた方がよいと思われる病歴があれば記入。（熱性けいれん、喘息など） かかりつけの医院　内科・小児科　〇〇医院　外科　〇〇外科医院
特記事項	くせ、好きなこと、嫌いなこと、アレルギー、依頼会員が用意するもの、提供会員が用意するもの ・卵アレルギーです。・好きな絵本とおもちゃを持参します。 ・鼻水が出る時は、すすらないで、ティッシュでかむようにしてください。 ※保育施設等への送迎の方法やチャイルド・ジュニアシートの準備について相談する。

報酬等（予定）			
	報　酬	1800　円	＜内訳＞　600円×　3　時間
		700　円	＜内訳＞　700円×　1　時間
		円	＜内訳＞　円×　時間
	交　通　費	円	
	その他実費	円	※食事代やチャイルドシートの貸出返却の交通費等があれば記入。
	合　計	2500　円	

※子どもの状況等について依頼会員と提供会員の間で、援助活動に必要な事項について必ず事前に十分な打ち合わせを行ってください。

※援助活動実施にあたっては、当日の健康状態等を確認してください。