事　前　打　ち　合　わ　せ　票

依頼会員番号 －	氏名	提供会員番号 －	氏名
実施予定日　　年　　月　　日（　　）		実施予定時間　　時　　分～　　時　　分	

ﾌﾘｶﾞﾅ 子どもの名前 生　年　月　日	（男　女） 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
ﾌﾘｶﾞﾅ 子どもの名前 生　年　月　日	（男　女） 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
ﾌﾘｶﾞﾅ 子どもの名前 生　年　月　日	（男　女） 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		TEL（　　）　－ 携帯電話　　－　　－ FAX（　　）　－
上記以外の緊急連絡先	氏名　　依頼会員との続柄（　　）	TEL（　　）　－ 携帯電話　　－　　－ FAX（　　）　－
食事・おやつ		
睡　　眠		
排泄（おむつ）		
病　　歴	かかりつけの医院　内科・小児科　　外科	
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	

報酬等（予定）	報　　酬	円	＜内訳＞　　円×　　時間
		円	＜内訳＞　　円×　　時間
		円	＜内訳＞　　円×　　時間
	交　通　費	円	
	その他実費	円	
	合　　計	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。