

事前打ち合わせ票

平成 年 月 日

依頼会員番号	氏名	協力会員番号	氏名	
依頼予定日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	実施内容		
①	フリガナ 子どもの名前 生年月日	(男 女) 平成 年 月 日 (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	(男 女) 平成 年 月 日 (歳)	在籍する保育施設等の名称 TEL -	クラス名 担任氏名
			携帯電話 - -	
	勤務先名		FAX () -	
		勤務先電話() -		
③	上記以外の緊急連絡先	氏名 依頼会員との続柄	氏名 依頼会員との続柄	
		TEL () -	TEL () -	
		携帯電話 - -	携帯電話 - -	
		FAX () -	FAX () -	
④	食事・おやつ			
⑤	睡眠			
⑥	排泄(おむつ)			
⑦	子どもの健康	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 障害等	病歴	
	かかりつけの医院	内科・小児科 tel.() -	外科 tel.() -	
		診察券番号	診察券番号	
⑧	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、協力会員が用意するもの。		
⑨	報酬等(予定)	報酬等	円 <内訳>	円× 時間
			円 <内訳>	円× 時間
			円 <内訳>	円× 時間
		交通費	円 <内訳>	公共交通機関()
		その他実費	円 <内訳>	
	合計	円		

※ 子どもの状況等について依頼会員と協力会員の間で、援助活動に必要な事項を必ず事前に打ち合わせしてください。

※ 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。

※事前打ち合わせが終わりましたら、協力会員が必ずセンターへご連絡ください。