

事前打ち合わせ票(依頼会員控)

平成 年 月 日

協力会員番号	氏名	依頼会員番号	氏名
協力会員	住所	TEL () -	
		携帯電話 - -	
		メールアドレス	
上記以外の緊急連絡先	氏名		
	TEL () -		
依頼予定日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	実施内容	
特記事項	依頼会員が用意するもの(食事・おやつ) アレルギー(犬・猫)		
報酬等(予定)	報酬等	円	円× 時間
		円	円× 時間
	交通費	円	
	その他実費	円	
	合計	円	

※ 依頼会員は、活動終了時又は月の最後の援助日に援助活動報告書の確認、押印をして、報酬金額を協力会員に直接支払います。袋等に入れつり銭のないように渡してください。
協力会員と受け渡し方法を確認してください。

※ 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をしてください。

※ 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。

※ 事前打ち合わせ終了後は、会員間で直接依頼をすることができますが、必ずセンターにも援助依頼を連絡してください。ファミサポのメールアドレスを登録して頂くと便利です。

ファミリーサポートセンター Eメール: famisapo@hekinan-shakyo.jp

連絡のない依頼は、保険対象外となりますのでご注意ください。

※不明なことは、センターへご連絡くださいへきなんファミリー・サポート・センター TEL 0566-41-2555