

【依頼会員記入】

事前打ち合わせ票

令和 年 月 日

依頼会員	会員番号		氏名		
	住所		TEL () -		
			携帯電話 - -		
	勤務先名		勤務先電話() -		
緊急連絡先 (必ず連絡の 取れる方)	氏名	会員との続柄	連絡先		
			電話: ()		
			電話: ()		
フリガナ 子ども氏名		男女	生年月日	平成 令和 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
子どもに ついて	アレルギーについて: 無 有		食物アレルギー ()		
			ペットアレルギー ()		
			その他のアレルギー ()		
	平熱:		食 事: 普通食・離乳食・ミルク CC		
	おやつ:				
	食事について: 自分で食べる 食べさせる 離乳食()				
睡眠:		おひるね: 無・有(: ~ :)			
排泄: オムツ(無・有) / 小便(自分で言う・時間を決めて誘う) / 大便(自分で言う・時間を決めて誘う)					
気をつけて欲しいこと:					
子どもの健康	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 障害等	病 歴			
かかりつけ医					
特記事項	くせ、好きなこと、嫌いなこと、依頼会員が用意するもの、協力会員が用意するもの。				

依頼予定日時	依頼内容				
緊急避難場所					
報酬のやりとりについて					
報酬等(予定)	報 酬 等	円	<内訳>	円×	時間
		円	<内訳>	円×	時間
	交 通 費	円	<内訳>		
	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。体調不良の時は活動を中止してください。

※事前打ち合わせの内容は、**個人情報となりますので大切に保管してください。**

ファミサポ退会の際には、会員証と共に返却していただきます。