

事前打合せ書

日程 令和 年 月 日
時間 午前・午後 時頃

依 頼 員 会 員	会員番号	氏 名	住所・電話番号		
			電話: ()		
提 供 員 会 員	会員番号	氏 名	住所・電話番号		
			電話: ()		
子 ども 氏 名	愛称()	男) 女)	生年月日	年 月 日	(歳)
	愛称()	男) 女)	生年月日	年 月 日	(歳)
	愛称()	男) 女)	生年月日	年 月 日	(歳)
緊急 連絡先	氏 名	続 柄	住所・電話番号		
			電話: ()		
かかりつけの病院			電話: ()		
保 育 施 設 等	名 称		住所・電話番号		
			電話: ()		
	組名:	担任:	その他:		
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 () その他のアレルギー ()		
	平 熱:		性 格:		
	食 事:		おやつ:		
	睡 眠:		排 泄:		
	好きな遊び:				
	嫌いなこと:				
	気をつけて欲しいこと:				
薬について: 粉薬(散薬)・水薬・錠剤 (いずれかに○をつけて下さい)					
活 動 内 容					
そ の 他 の 確 認 事 項	①活動場所(提供会員宅 依頼会員宅 その他)				
	②現物準備(食事 おやつ ミルク その他)				
	③実費を立て替えてもらうもの(交通費 その他)				
	④緊急依頼のための電話等の連絡は、(午前 時以降 ~ 夜間 時まで)				
	⑤活動予定日時(月 日 曜日 時から 時まで)				
	⑥その他()				

(注) 援助の実施にあたっては、子どもの状況等について、依頼会員と提供会員の間で十分打合せを行ってください。

自宅付近および保育園（幼稚園・学校）までの経路をお書きください。

