

(秘)

事前打ち合わせ内容

ふりがな				生年月日	年 月 日 生
子どもの名前	〔男・女〕				
依頼会員氏名				会員番号	
住 所	〒			自宅電話	( ) -
緊急連絡先 〔優先順〕	母親氏名	携帯TEL	勤務先	TEL	
	父親氏名	携帯TEL	勤務先	TEL	
	祖父母氏名	携帯TEL	自宅又は 勤務先	TEL	
食 事	食事はどうしますか？				
おやつ	おやつはどうしますか？				
アレルギー	1、ある（具体的に）			2、ない	
睡 眠					
排泄（おむつ）					
病 歴			かかりつけ医		
病気の時は どうしますか					
かかりつけ医が あれば・・・	病院名		電話		
通っている 園又は学校	園〔又は学校名〕		担任名		
	電話 ( ) -		* 必要な場合は裏面に地図をご記入ください。		
援助内容その他特記事項 〔癖・好みなど〕					
援助会員名	〔番号〕	〔番号〕	〔番号〕		

\* 援助活動に当たっては、子どもの状況などについて依頼会員と援助会員の間で十分な打ち合わせを行って下さい。〔特にトイレトレーニングの状況は必ず伝えて下さい〕

\* 報酬の支払いについては、援助活動終了後その場でお支払いいただくことが原則です。

\* この用紙の取り扱いについては、プライバシーの保護に十分なご配慮をお願いします。

また、援助会員は退会時には、必ず事務局にお返しく下さい。