

育児支援 事前打合せ書 () 用
年 月 日

依頼会員	会員番号	氏 名	住 所 ・ 電話番号	配偶者
			Tel 携帯	有 ・ 無

子ども	名 前 (愛称)	男女別	生年月日 (年齢)
		男 女	年 月 日 ()

連絡先	氏 名 (続柄)	会員の職場
	() Tel 携帯	Tel

保育園 幼稚園 学校など	名 称	住 所 ・ 電話番号
	保育園 幼稚園 学校 年 組	Tel

子どもについて	アレルギーについて 有 ・ 無	
	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:		

活動内容	
------	--

確認事項	①かかりつけの病院名 Tel
	②準備するもの: チャイルドシート、おやつ、食事、着替えなど
	③報酬以外の支払い: 食事代、ガソリン代、交通費 他
	④活動予定日時
	⑤その他