



援助活動打合せ票



*「援助活動打合せ票」は1枚使用します。

依頼会員が記入し、提供会員に渡します。提供会員は「スマイルカード」を依頼会員に渡して下さい。
打ち合わせが終了したら、両会員共センターへ打ち合せ内容を報告して下さい。

打合せ日： 年 月 日 ()

〈個人情報について守秘義務があります。〉
この書類は、提供会員が大切に保管してください。
退会の際には、ファミリー・サポート・センターに返却してください。

*依頼会員情報

ふりがな		会員番号	い	—				
依頼会員氏名		依頼理由	【理由】					
自宅	【住所】 〒 —	【自宅電話】	—	—				
		【携帯電話】	—	—				
勤務先	【勤務先名称】							
	【住所】 〒 —							
	【電話】 — — (内線)							
上記以外の緊急連絡先	【名称】	【関係】	【電話番号】	—	—			

*預ける対象となるお子さんの情報

ふりがな	①	②	③
名前			
続柄			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
年齢	歳	歳	歳
保育園 幼稚園 小学校	【名称】		
	【住所】		
	【電話】 — —		
学童保育所	【名称】		
	【住所】		
	【電話】 — —		
かかりつけの医療機関	【名称】		
	【住所】		
	【電話】 — —		

初回の活動 日・時			
今後の予定			
援助内容	【内容】	【内容】	【内容】
謝 礼	@800 円× 時間= @900 円× 時間=	@800 円× 時間= @900 円× 時間=	@800 円× 時間= @900 円× 時間=
交通費			
食事代			
食事・おやつ (離乳食や食物アレルギー の場合は持込)	有・無・持込	有・無・持込	有・無・持込
排泄 (おむつ)			
アレルギー	【アレルギー】有・無 食 物 () その他 () ペット 可・不可 ()	【アレルギー】有・無 食 物 () その他 () ペット 可・不可 ()	【アレルギー】有・無 食 物 () その他 () ペット 可・不可 ()
健康状態 (病歴・感染症)	【健康状態】 病 歴 有・無 () 感染症 有・無 ()	【健康状態】 病 歴 有・無 () 感染症 有・無 ()	【健康状態】 病 歴 有・無 () 感染症 有・無 ()
発育上 の心配			
提供会員に 伝えて おきたい事			