

# 【事前打合票】

打合日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

依頼会員氏名		会員番号	
依頼会員住所			
緊急連絡先	母親氏名	TEL	
	父親氏名	TEL	
援助を受ける 子どもの状況	子どもの氏名	性別	生年月日
	ふりがな		
	ふりがな		
	ふりがな		
かかりつけの病院			
依頼する援助の 内容	送迎（徒歩・自転車・車） ※車での送迎時は実費金額を決める 経路：		
	預り（おやつ・食事等） ※持参でない場合は実費金額を決める		
子どもさんの事で 知らせておいた方 がいいと思われる こと	アレルギー体質（食べ物・動物） ・発育状態で気になる所など		
提供会員氏名		会員番号	
提供会員住所			

※活動の実施にあたっては、子どもの当日の状況について依頼会員と提供会員の間で十分打合せを行ったうえで活動を行ってください。