　日程　令和　　年　　月　　日

**事前打合せ書**時間　　午前　　午後　　時頃

| 依頼  会員 | 会員番号 | 氏名 | | | 住所・電話番号 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  |
| 提供  会員 | 会員番号 | 氏名 | | | 住所・電話番号 |
|  |  | | |  |
| 子ども氏名 | 愛称（　　　　　　）性別　男・女　　生年月日　平成　令和　　年　　月　　日（　　　　歳）  フリガナ | | | | |
| 緊急　連絡先 | 氏名 | | 続柄 | | 連絡先 |
|  | |  | | 電話 |
|  | |  | | 電話 |
|  | |  | | 電話 |
| かかりつけの病院 | | | |  | |
| 通園  通学  施設 | 名称 | | | 住所・電話番号 | |
|  | | |  | |
| 組名：　　　　　　　担任：　　　　　　その他： | | | | |
| 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： | | | | |
| 気をつけて欲しい事： | | | | |
| 活動  内容 |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| その他　　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（おやつ　ミルク　着替え一式　その他　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　実費を立て替えてもらうもの（交通費　　その他　　　　　　　　　　　　　） |
| ４　活動予定日時（　　　月　　　日（　　　）　　　　　時～　　　　　時まで） |
| ５　その他 |

|  |
| --- |
|  |

自宅付近及び保育所（幼稚園、学校）までの経路の地図を記入してください。

　 小諸市ファミリーサポートセンター

　　　　　　　　　　 　 TEL　0267-31-5093　　FAX　0267-31-5094