

援助会員	会員番号				住所・電話番号	
	フリガナ				尾張旭市	
	氏 名				TEL	
依頼会員	会員番号				住所・電話番号	
	フリガナ					
	氏 名				TEL	
対象児童	フリガナ				生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	対象児童の氏名					
	保育園・幼稚園 学校名等		名称・学年・組名			TEL
	かかりつけ医療機関		TEL			
	アレルギー 有 () / 無				平熱 ℃	
	ミルク 時頃 (c c / 時毎)				食事 時頃 / おやつ 時頃	
	昼寝 時頃 / しない				排泄 おむつ / トイレ (誘って・一人で)	
	対象児童	フリガナ				生年月日
対象児童の氏名				性 別	男 ・ 女	
保育園・幼稚園 学校名等		名称・学年・組名				TEL
かかりつけ医療機関		TEL				
アレルギー 有 () / 無				平熱 ℃		
ミルク 時頃 (c c / 時毎)				食事 時頃 / おやつ 時頃		
昼寝 時頃 / しない				排泄 おむつ / トイレ (誘って・一人で)		
緊急連絡先		氏名		続柄	連絡先	
	①			TEL		
	②			TEL		
援助内容	依頼日					
	依頼内容・送迎先 経路・キロ数					
	依頼時間					
	災害時緊急避難場所					
	その他、打ち合わせた内容を記入してください					

※この事前打ち合わせ表は依頼会員が記入し、事前打ち合わせの際に援助会員へ渡してください。

※ 3 枚複写の様式でない場合は依頼会員がコピーとり、援助会員へ 2 部 (援助・センター用) 渡してください。