

依頼会員	会員番号		続柄	住 所・電話番号		
	(ふりがな)			〒		
	氏 名			堺市	区	
				(TEL・FAX)	(携帯)	
提供会員	会員番号		住 所・電話番号			
	(ふりがな)		〒			
	氏 名		堺市			
			(TEL・FAX)			
			(携帯)			
子どもの氏名	(ふりがな)		生 年 月 日	年	月	日
	(愛称)					
緊急連絡先	氏 名	続柄	連 絡 先			
			(TEL・FAX)			
			(TEL・FAX)			
・ 学校など ・ 保育園・幼稚園	名 称		所 在 地			
			堺市			
			区			
	学年・組名：		担任名：		その他：	
かかりつけの医院	TEL					
子どもについて	アレルギー / 無 ・ 有 (・食物アレルギー： _____ ・その他のアレルギー： _____)					
	平熱 /			性格 /		
	食事 / ・ミルク (時間毎) ・離乳食			おやつ /		
	好き嫌い / ・なし ・あり ()					
	昼寝 / ・しない ・する (時～ 時頃)			排泄 / ・オムツ ・トイレ (一人で・大人と)		
	好きな遊び /			嫌いなこと /		
	健康面で気をつけていること /					
	(備考)					
援助内容	・学童保育・保育施設等の迎え ・登校・登園前の預かり・送り ・小学校の放課後の預かり ・保護者の短時間・臨時的就労時の預かり ・保護者の外出時の援助 ・その他 ()				(備考)	
確認事項	活動を依頼する予定日	月 日 () ～ 月 日 () / 時 ～ 時まで				
	活動場所	・提供会員宅 ・その他 ()				
	利用料金の渡し方	・毎回 ・その他 ()				
	食事代・ガソリン代	・食事代 (円) ・ガソリン代 (円)				
	緊急に依頼する連絡時間は	午前 時以降 ～ 夜間 時頃まで				
	その他					
調整者	・堺市ファミリー・サポート・センター事務局 ・サブリーダー (氏名：)					

* 援助活動の実施にあたっては、子どもの当日の状況や活動内容について十分に打合せを行ってください。

* この事前打合せ表は、依頼会員が記入し提供会員に渡してください。

* 活動がすべて終了した時は、提供会員は依頼会員にお返しく下さい。