

(秘)

事前打ち合わせ票

依頼会員氏名				会員番号	
子どもの名前	ふりがな			お子さんの生年月日	
				年 月 日	
住 所	〒515-03				
	多気郡明和町大字				
電話番号	自宅：			FAX：	
	本人携帯：			職場：	
	緊急連絡先①：			(続柄)	
	緊急連絡先②：			(続柄)	
援助の内容	託児	内容			
		日時等			
		託児場所	ご希望の託児場所にチェック（複数可） ☐ 援助会員宅 ☐ おひさまひろば ☐ 児童センター ☐ こあら 託児場所の緊急避難場所 《風水害時》 《震災時》		
	送迎	内容			
		日時等			
		送迎場所			
		引渡し者			
		☐ チャイルドシート	ファミサポ所有 ・ 依頼会員所有 ・ 援助会員所有		
		☐ ジュニアシート			
注意事項	食事	ミルク 有・無 食事 有・無 おやつ 有・無 ※水分補給のための水筒等ご持参ください。 アレルギーの確認 （アレルギーがあるものにはチェック、食べたことがないものは ? を記入） ☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ えび ☐ かに ☐ 落花生 ☐ そば ☐ 上記以外（ ） ※飲食物は、依頼会員さんがご用意ください。			
	排泄	☐ オムツ ☐ トイレトレーニング中 ☐ トイレでできる（確認 要・不要）			
	お昼寝	午前 有・無 午後 有・無 時間： 寝かしつけ方			
その他	喫煙 本人・家族 有・無 ペット 有・無（戸外・屋内）				

※裏面に続きます。

かかりつけ医	病院名	健康保険証番号
お通いの園・学校等	施設名	TEL

備考

援助会員氏名	TEL	会員番号	
援助会員氏名	TEL	会員番号	
援助会員氏名	TEL	会員番号	
援助会員氏名	TEL	会員番号	
援助会員氏名	TEL	会員番号	
援助会員氏名	TEL	会員番号	

〔注１〕 事前打ち合わせ

援助の実施にあたって、子どもの状況等について依頼会員と援助会員、ファミサポ事務局で打ち合わせを行うこととします。

援助の内容等が変更になった場合、再度の打ち合わせをお願いします。

〔注２〕 報酬について

報酬の支払いについては、援助活動終了後その場でお支払いいただくことが原則です。

報酬は、曜日・時間によって変わりますので、ご注意ください。

援助会員の自家用車を使用していただいた場合、ガソリン代を実費としてお支払いいただきます。

〔注３〕 プライバシーについて

この用紙の取り扱いについては、プライバシーの保護に十分なご配慮をお願いします。また、打ち合わせ等で知り得た個人情報についても、同様にお願いします。

状況に応じ、園や学校等に会員情報をお伝えさせていただきます。

〔注４〕 依頼について

依頼については、原則、1週間前までに事務局へご連絡ください。会員同士での直接交渉はお控えください。

〔注５〕 連絡について

依頼内容の確認等、必要に応じて、メールやお電話にてご連絡します。なお、緊急を要すると判断した場合、連絡の取れる連絡先へご連絡いたします。

※ファミサポの事業として、お受けできない依頼もあります。

明和町ファミリー・サポート・センター

TEL 0596-52-7123

FAX 0596-52-7133