

事前打ち合わせ票

打ち合わせ日: 令和 年 月 日 ()

活動会員	氏名		住所		電話	
------	----	--	----	--	----	--

利用会員	氏名		住所		電話	
------	----	--	----	--	----	--

緊急連絡先	氏名		続柄		連絡先	
	氏名		続柄		連絡先	
	氏名		続柄		連絡先	

子どもについて	フリガナ氏名	愛称 () 男・女			生年月日	年 月 日 (歳)
	通園通学先	(組)			住所電話	
	かかりつけ医療機関				住所電話	
	アレルギー体質	有 () 無			平熱	
	性格					
	好きなこと					
	嫌いなこと					
	食事・おやつ	有無	持参実費		排泄 (おむつ)	
	気をつけてほしいこと その他					

活動について	活動予定日	月 日 ()	
	時間	時 分 ~	時 分
	活動場所	活動会員宅 其他	
	活動内容		

※援助を依頼する子どもが複数のときは、その子どもごとに記入してください。2人目以降は、活動会員、利用会員欄は記入を省略しても構いません。

※事前打ち合わせ票は活動会員用、利用会員用を双方で保管して下さい。

社会福祉法人 稲城市社会福祉協議会
 稲城市ファミリー・サポート・センター
 稲城市百村7番地 福祉センター内
 TEL / 042-378-5551
 FAX / 042-379-3722