

飯島町ファミリーサポート 利用依頼シート

日程 年 月 日 ()

時間 午前・午後 時 分頃

ふりがな				生年月日 (年齢)
子ども氏名	愛称 ()			年 月 日 (歳)
利用会員	会員番号	氏名	住所・電話番号	
			電話: ()	
援助の日時	令和 年 月 日 (曜日)			
	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分			
援助の内容	1 協力・利用・両方会員宅で預かり 2 保育施設等へ送り 3 保育施設等へ迎え 4 学校・学童へ送り 5 学校・学童へ迎え 6 その他 ()			
援助の理由				
道順				交通費
				円
保育施設等	名称	住所・電話番号		
		電話: ()		
	組名:	担任:	その他:	
子どもについて	アレルギーについて: 無 ・ 有		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:			
	気を付けて欲しいこと等:			
かかりつけの病院	名称 所在地	TEL ()		
緊急連絡先	①名称 (関係)	TEL ()		
	②名称 (関係)	TEL ()		
特記事項	(災害時の避難場所など)			

- ①援助活動の実施に当たっては、子どもの当日の状況について、会員双方の間で十分に打ち合わせを行ってください。
 ②この情報は、本人の同意を得ることなく第三者に開示・提供することのないように、取り扱いにはご注意ください。
 ③この情報は、援助活動に関する以外の目的には使用することを禁じます。★この用紙は、コピーしてご使用ください★