

依頼会員	会員番号	氏 名	住 所 ・ 電話番号	配偶者
			TEL 携帯	有 ・ 無

子 ども	名 前 (愛称)		男女別	生 年 月 日 (年 齢)	
			男 女	年 月 日 ()	
連 絡 先	氏 名 (続 柄)			会 員 の 職 場	
	() TEL 携帯			TEL	
保 育 園 幼 稚 園 学校など	名 称		住 所 ・ 電 話 番 号		
	保育園 幼稚園 学校など 年 組		TEL		
子 ど も に つ い て	アレルギーについて 有 ・ 無				
	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：				
気をつけて欲しいこと：					
活動内容					
確 認 事 項	①かかりつけの病院名				
	TEL				
	②準備するもの：チャイルドシート、おやつ、食事、着替えなど				
	③報酬以外の支払い：食事代、ガソリン代、交通費 他				
	④活動予定日時				
⑤その他					