

様式第6

依 頼 内 容 連 絡 票

送付日 年 月 日

依頼会員番号 名前

月／日	曜	依頼時間	誰 を (子ども名)	依 頼 内 容	提供会員番号 名 前
／		: から : まで			
／		: から : まで			
／		: から : まで			
／		: から : まで			
／		: から : まで			
／		: から : まで			
／		: から : まで			
／		: から : まで			
／		: から : まで			

◎援助依頼が成立したらセンターへ連絡してください。

◎連絡のない援助は保険の対象になりません。

☆連絡先 鹿児島市ファミリー・サポート・センター  
電話 2 2 6 - 7 8 5 5 FAX 2 2 6 - 0 8 0 5