

事前打合せ内容

会員番号 ()

子どもの名前	①	女	生 年 月 日	西暦	.	.
	②	女		西暦	.	.
住 所	〒 倉敷市					
保護者氏名	TEL — —					
緊急連絡先	①	TEL — —				
	②	TEL — —				
食 事 (好き嫌い・アレルギー等)	①	②				
睡 眠						
排 泄						
連絡先 幼稚園・保育園 小学校等						
病 歴						
かかりつけ医						
子どもの特徴 その他 (好きな遊び, くせ等)						
依頼内容						

(注)事前打合せは重要です。アレルギーがある場合は必ず、細かい確認をお願いします。

当日の子どもの状況等について依頼会員と提供会員の間で必要だと思われる事項を記入してください。