

活動依頼申込書

依頼する会員	氏名	住所 昭和町 ☎ —		会員番号
ふりがな		生年月日	H 年 月 日 (歳 ヶ月)	血液型: 型 平熱: 度
子供の氏名				
緊急時の 連絡先	☎ —			
	☎ —			
	☎ —			
援助活動内容	平成 年 月 日(曜日): 時 分 ~ 時 分(時間) 内 容:			
利用料金				
かかりつけの 病院・医院	小児科 その他	☎ — ☎ —		
保育園・学校等	名 称 所在地 ☎ 担任の先生	保育園・学校等までの道順		
	ご家庭での子供のようす			
○健康上留意すること(既往歴・アレルギー等) ○排泄: 一人できる・ できない (おむつ) ○昼寝: しない ・ する (時頃) ○食べられないもの(食事・おやつ)				
○子供の癖 ○好きな遊び・玩具				
依頼する会員	氏名	住所 ☎ —		会員番号