

事前打合せ事項

保育サポート希望日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

時間： _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

希望保育内容 保育 食事 おやつ 睡眠 迎え 送り
 (○で囲む)

学習 沐浴 その他 (_____)

住所	〒 _____ 一 松川町 _____ TEL: _____	
父 氏名	勤務先 _____ TEL: _____	
母 氏名	勤務先 _____ TEL: _____	
緊急連絡先	TEL: _____	
ふりがな 子の名前	_____	_____
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
病歴	_____	_____
かかりつけ医	TEL: _____	TEL: _____
学校名 保育園名	TEL: _____	TEL: _____
その他 特記事項 食事・排泄・睡眠等について アレルギーの有無	_____	_____