



事前打ち合わせ内容

会員番号		会員氏名 (年齢)	(歳)
住 所	〒 ー TEL (自宅) (携帯)		
緊急連絡先	TEL (携帯)		(続柄)
子どもの名前	(ふりがな)	(ふりがな)	
	(愛称)	(愛称)	
子どもの 生年月日 性別	年 月 日 (歳) 男・女	年 月 日 (歳) 男・女	
保育所 (園) 幼稚園・学校名	TEL	TEL	
子どもの状態 アレルギー、食事、 睡眠、排せつ、健 康状態、くせ、好 みなど			
災害時の確認	避難場所：	連絡：	
サポート内容			

⑨事前打ち合わせは重要。必ずサポート内容の確認をしてください。

徳島ファミリー・サポート・センター

Tel : 088-611-1551 Fax : 088-611-3323

Mail : info@fami-sapo.jp