会　員　カ　ル　テ　（依　頼　者　用）

記入日（　　年　　月　　日）

ふりがな		電話番号 自宅　（　　） 携帯電話　（　　）
保護者氏名		
住所		勤務先名 連絡可　不可 （　　）
緊急連絡先１ 氏名　　続柄 電話番号　（　　）		緊急連絡先２ 氏名　　続柄 電話番号　（　　）
かかりつけ医（医院名） （住　所）　　電話番号　（　　）		

援助を必要とする子ども ふりがな 名前 生年月日 年　月　日（満　歳） 保育施設・学校名 TEL（　） 食事について　□ 必要　□ 不要 □ ひとりで食べる　□ 食べさせる ミルク（　） 離乳食（　） おとなと同じ食事 健康について 平熱　度　分 アレルギー　有　無 （具体的に） その他配慮すべき点 排泄について □おむつ　□自分で言う □時間をきめて誘う 特記事項（興味のあること、くせ、その他）	援助を必要とする子ども ふりがな 名前 生年月日 年　月　日（満　歳） 保育施設・学校名 TEL（　） 食事について　□ 必要　□ 不要 □ ひとりで食べる　□ 食べさせる ミルク（　） 離乳食（　） おとなと同じ食事 健康について 平熱　度　分 アレルギー　有　無 （具体的に） その他配慮すべき点 排泄について □おむつ　□自分で言う □時間をきめて誘う 特記事項（興味のあること、くせ、その他）