

ひとり親家庭ホームヘルプサービス事業連絡票（令和 年11月～令和 年10月）

令和 年 月 日

フリガナ  
保護者氏名

住所 武蔵野市 町 丁目 番 号 建物名

自宅電話 利用事業所

携帯電話 シルバー人材センター

緊急連絡先 ひまわりママ  
ss-consul

（緊急連絡先は、お子さんの保育時間中に必ず連絡がとれる番号をご記入ください。）

◎お子さんについて

フリガナ 子ども氏名	生年月日	年齢	血液型	保育園、学校名・学年
				歳児クラス 年生
健康状態			かかりつけ医	電話番号 ( )
好きな食べ物				
嫌いな食べ物				
アレルギー	有・無 <食品名>			
好きなこと(もの)				
苦手なこと(もの)				

\*好きなこと、苦手なこと…遊び、テレビ番組、本などのご記入をお願いします。

フリガナ 子ども氏名	生年月日	年齢	血液型	保育園、学校名・学年
				歳児クラス 年生
健康状態			かかりつけ医	電話番号 ( )
好きな食べ物				
嫌いな食べ物				
アレルギー	有・無 <食品名>			
好きなこと(もの)				
苦手なこと(もの)				

\*好きなこと、苦手なこと…遊び、テレビ番組、本などのご記入をお願いします。

フリガナ 子ども氏名	生年月日	年齢	血液型	保育園、学校名・学年
				歳児クラス 年生
健康状態			かかりつけ医	電話番号 ( )
好きな食べ物				
嫌いな食べ物				
アレルギー	有・無 <食品名>			
好きなこと(もの)				
苦手なこと(もの)				

\*好きなこと、苦手なこと…遊び、テレビ番組、本などのご記入をお願いします。

（裏面へ）



