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

ァリ 保 護	_{ガ ナ} 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 ひまわりママ
緊急	連絡先				_			
(緊急	連絡先は、お子さん	んの保育時間中に必っ	ず連絡がとれ	いる番号をご	記入ください	·。)		

◎お子さんについて

ァリガナ 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						
好きな食べ物			かかりつけ医	電話番号	()
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						
好きな食べ物			かかりつけ医	電話番号	()
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						
好きな食べ物			かかりつけ医	電話番号(()
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)						

◎ヘルパーさんに伝えたいこと							
◎災害等や緊急時に、保護者以外に引き渡しができる方がいる場合は記入をお願いします。							
氏 名	児童との関係	電話番号					
安全な保育、緊急時の対応をするために、この連絡票で契約事業者へ情報提供することを同意します。 申請者							
安全な保育、緊急時の対応をするために、この連		することを同意します。					