キッズ・スペース あしたば

支援内容確認書

お子様をお預かりするにあたり、以下のことを確認いたします。

（フリガナ）　（　　） お子様のお名前 愛称	生年月日 平成　　年　　月　　日　（　　歳　　ヶ月）
保護者氏名　　（続柄：　　）	
住所 電話番号　（　　）-　　- 緊急連絡先 1.　　（　　）　2.　　（　　）	
小学校・保育園名　（学年：　　）（担任：　　先生）	学童名　　（担任：　　）
かかりつけの病院 健康保険証番号	過去に大病の有無　なし・あり→（病名：　　）
お子様の体質・性格・癖などについて保育者に知らせておいたほうがよいと思われること。	
アレルギーの有無　なし　・　あり ⟶（アレルギー抗原物質：　　）	
その他・備考	

- 同意署名欄 -

重要：「支援内容確認書」を返信するにあたり、ご利用者の同意署名に必ずご記入ください。

私は「キッズ・スペース あしたば」のホームページ内容をよく読み、異論なく同意しました。

日付　　ご署名　　ご印鑑／チェック

平成　　年　　月　　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：　(042) 420 - 6750
(090) 6934 - 2496
施設住所：　〒182-0016 東京都調布市佐須町　（安全のため、住所の詳細はご連絡に基づきお知らせいたしております）

キッズ・スペース　あしたば

石野田こずえ