

様式第6

依頼内容連絡票

送付日 年 月 日

依頼会員番号 _____ 名前 _____

月/日	曜	依頼時間	誰を (子ども名)	依頼内容	提供会員番号 名前
/		: から : まで			
/		: から : まで			
/		: から : まで			
/		: から : まで			
/		: から : まで			
/		: から : まで			
/		: から : まで			
/		: から : まで			
/		: から : まで			
/		: から : まで			

◎援助依頼が成立したらセンターへ連絡してください。

◎連絡のない援助は保険の対象になりません。

☆連絡先 鹿児島市ファミリー・サポート・センター
電話226-7855 FAX226-0805