

事前打ち合わせ表(家事用)

打ち合わせ日 令和 年 月 日

依頼会員氏名		会員番号	H -
		TEL	
住 所	鎌倉市	携帯	
		E-mail	@
緊急連絡先	氏 名	続柄	TEL・携帯

支援依頼日 (曜日・時間)		
支援依頼期間		年 月 日頃～ 年 月 日頃(およそ ヶ月間)
依頼 内 容	掃 除	<input type="checkbox"/> リビング・廊下・子供部屋・玄関・その他 <input type="checkbox"/> 片付け・掃除機かけ・拭き掃除
	洗 濯	<input type="checkbox"/> 洗う・干す・たたむ <input type="checkbox"/> 簡単なアイロンがけ <input type="checkbox"/> その他()
	食事作り	<input type="checkbox"/> 下ごしらえ <input type="checkbox"/> 家族1食分の食事作り <input type="checkbox"/> 食器洗い <input type="checkbox"/> その他()
	買い物	
	その他、沐浴のお手伝いなど	

----- これより下は打ち合わせ時に確認してください -----

<input type="checkbox"/> 交通費	<input type="checkbox"/> バス代(円) <input type="checkbox"/> ガソリン代(円) <input type="checkbox"/> 駐車場代(円)
<input type="checkbox"/> 謝礼の支払い方法	毎回・週ごと・月ごと・その他()
<input type="checkbox"/> 主な連絡方法	携帯電話・ショートメール・LINE (緊急時・キャンセル時などは必ず電話で連絡をしてください)
<input type="checkbox"/> キャンセル料	前日までは無料・当日の取り消しは予定額の半額・無断キャンセルは全額

以下、ご一読いただき、各自チェックを入れてください。		支援 依頼
1)この情報は、本人の同意を得ることなく第三者に開示・提供することのないよう取り扱いにはご注意ください。		
サポートが終了したり、不要になった場合はこの用紙を破棄、もしくは依頼会員に返却してください。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2)知人等への支援会員の紹介は事務局を通してください。又、お互いの家庭事情は他言しないようにしましょう。		
3)ファミサポの家事支援は依頼会員が在宅している中で行い、初回支援日から約3ヶ月間の短期支援です。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4)依頼日時が決まったら、依頼会員は必ず事前に依頼日時の連絡をお願いします。(事務局公式LINE or 電話)		
又、依頼内容が変わった場合や、引っ越し・進級・出産等で登録情報に変更が生じた場合もお知らせください。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

メモ欄

※この打ち合わせ表の有効期限は最終支援日の1年後とする。