

決 裁	局 長	次 長	係	F S C

受 付 印		・ 派遣許可
		・ 派遣不可

(託児様式第2号)

託児スタッフ派遣申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 大川市社会福祉協議会 様
(ファミリー・サポート・センターおおかわ)

申請者住所

申請者氏名

電話番号 ()

下記のとおり託児スタッフ派遣を依頼します。

記

行 事 名	
年 月 日	令和 年 月 日 (曜日)
託 児 時 間	~
託 児 場 所	
予測される 子どもの人数	計 名 1歳未満 () 1~2歳児 () 2~3歳児 () 3歳児 () 4歳児 ()
希望する 託児スタッフ人数	人
担 当 者 氏 名	
当日の緊急連絡先	
特 記 事 項	

注) 実施要綱または事業内容がわかる資料を必ず添付してください。