

記入例

年 月 日

みよし市ファミリー・サポート・センター入会申込書(依頼会員用)

みよし市ファミリー・サポート・センターに入会したいので、みよし市ファミリーサポートセンター実施要綱第9条の規定により、次のとおり申し込みます。なお、入会にあたっては市が定める規定並びに本事業の趣旨などを十分理解しこれを遵守します。また、この申込書に記載した情報が相互援助活動の目的で会員に提供されることに同意します。

会員番号			
フリガナ	ミヨシ ハナコ	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
会員氏名	三好 花子	(生年月日:昭和 平成 年 月 日生)	
会員氏名	〒470-0224 みよし市三好町青木91	写真貼付 4cm×3cm (撮影6月以内)	
会員氏名	自宅TEL: 0561-34-2228 FAX: 0561-34-2228 携帯: 090-△△△-△△△△△		
駐車場	有	無	最寄りのスペース()
職業	1無職	2自営業	3正社員
勤務先	事業所名 みよし市役所 TEL: 0561-32-8034		
会員以外の連絡先です	名前 三好 太郎 続柄 夫 (TEL・携帯) 080-◇◇◇-◇◇◇◇		
会員以外緊急連絡先	名前 愛知 花美 続柄 母 (TEL・携帯) ××××-×××××		
会員以外緊急連絡先	名前 続柄 (TEL・携帯)		
同居家族	配偶者 (有)	無	同居家族 4人 (内子どもの人数 2人)
会員は含めない人数です	(フリガナ) 名前 イチロウ 一郎 平成20年 10月 3日生 (男 女)		
援助の必要な子どもの状況	通園・通学校	名称 ○○小学校 TEL: ○○-○○○○○	
援助の必要な子どもの状況	かかりつけ医院	小児科・内科医院 ▽▽クリニック TEL: ▽▽-▽▽▽▽▽	
援助の必要な子どもの状況	備考	外科医院名 常時服用薬 ない・ある(薬剤名:) アレルギー ない・ある(物名:)	
援助の必要な子どもの状況	(フリガナ) 名前 カズミ 一美 平成23年 10月 3日生 (男 女)		
援助の必要な子どもの状況	通園・通学校	名称 ○○保育園 TEL: ○○-○○○○○	
援助の必要な子どもの状況	かかりつけ医院	小児科・内科医院名 ▽▽病院 TEL: ▽▽-△△△△△	
援助の必要な子どもの状況	備考	外科医院名 常時服用薬 ない・ある(薬剤名:) アレルギー ない・ある(物名: 卵、ねこ)	

※お預りした個人情報は、「みよし市ファミリー・サポート・センター事業」の目的以外に使用いたしません。

援助の必要な子どもの状況	(フリガナ) 名 前	() 平成 令和 年 月 日生 (男 女)					
	通園・通学校	名称 TEL :					
	かかりつけ医院	小児科・内科医院 TEL :					
		外科医院名 TEL :					
	備考	常時服用薬 ない・ある(薬剤名 :) アレルギー ない・ある(物 名 :)					
		()					
	(フリガナ) 名 前	平成 令和 年 月 日生 (男 女)					
	通園・通学校	名称 TEL :					
	かかりつけ医院	小児科・内科医院名 TEL :					

※お預りした個人情報は、「みよし市ファミリー・サポート・センター事業」の目的以外に使用いたしません。

日 時	特 記 事 項
/	
/	
/	
/	
/	

☆ 以下はセンターが記入します。

memo

会員番号 入会日 年 月 日 退会日 年 月 日