

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		
会員氏名	三好 花子		性別 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	(生年月日：昭和 平成 年 月 日生)		
住 所	〒470-0224 みよし市三好町青木91		写真貼付 4cm×3cm (撮影6月以内)
	自宅TEL：0561-34-2228 FAX：0561-34-2228 携帯：090-△△△-△△△△		
駐車場	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 最寄りのスペース ()		
職 業	1無職 2自営業 3正社員 <input checked="" type="radio"/> 4アルバイト 5その他()		
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	会員以外	名前 三好 太郎 続柄 夫 (TEL・携帯) 080-◇◇◇-◇◇◇◇	
	緊急	名前 愛知 花美 続柄 母 (TEL・携帯) ××××-××-××××	
	連絡先	名前 続柄 (TEL・携帯)	
同居家族	配偶者 (<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) 同居家族 4人 (内子どもの人数 2人)		
援助の 必要 な 子 ど も の 状 況	(フリガナ) 名 前	(イチロウ) 一郎 平成20年 10月 3日生 (男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>)	
	通園・通学校	名称 〇〇小学校 TEL：〇〇-〇〇〇〇	
	かかりつけ医院	小児科・内科医院 ▽▽クリニック TEL：▽▽-▽▽▽▽	
		外科医院名 TEL：	
	備考	常時服用薬 <input checked="" type="radio"/> ない・ある(薬剤名：)	
		アレルギー <input checked="" type="radio"/> ない・ある(物 名：)	
	(フリガナ) 名 前	(カズミ) 一美 平成23年 10月 3日生 (男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>)	
	通園・通学校	名称 〇〇保育園 TEL：〇〇-〇〇〇〇	
	かかりつけ医院	小児科・内科医院名▽▽病院 TEL：▽▽-△△△△	
		外科医院名 TEL：	
備考	常時服用薬 <input checked="" type="radio"/> ない・ある(薬剤名：)		
	アレルギー <input type="radio"/> ない・ある(物 名： 卵、ねこ)		

年の上のお子様から記入してください

3人目以降は裏面に記入してください

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 :	
		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 :)	

※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