

琴浦町ファミリー・サポート・センター入会申込書

琴浦町ファミリー・サポート・センター

代表者 琴 浦 町 長 様

写 真

3.0×2.5

下記のとおり、琴浦町ファミリー・サポート・センターへ入会を申し込みます。
 本入会書に記述している氏名等について、会員相互に情報提供することに同意します。
 相互援助活動中に生じた事故については、当事者間で解決するものとし、センターには責任を及ぼしません。

年 月 日 氏 名 _____

会員種別	依頼会員・提供会員・両方		承認	承認・不承認		会員番号		
ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)			
氏 名				勤務先:				
				TEL:				
住 所	〒					緊急・優先連絡先指定 (1位:○、2位:△)		
自宅電話	-	携帯電話	-		自宅・携帯・勤務先 その他 ()			
資格・免許	保育士・幼稚園教諭・小学校教諭・看護師・ホームヘルパー・その他 ()							
援助の 必要な 子どもの 状 況	氏 名	生年月日	年齢	性別	保育園・こども園・学校等	既往歴(血液型・アレルギー等)	備考	
	ふりがな	. .	才	男・女				
	ふりがな	. .	才	男・女				
	ふりがな	. .	才	男・女				
	ふりがな	. .	才	男・女				
	かかりつけの病院：内科				TEL			
：外科				TEL				
同居家族	配偶者	あり・なし		職業	1 雇用労働者 (フルタイム・パートタイム)			
	子ども	人			2 自営業 ()			
	その他	人		3 無職				
	(続柄)		4 その他 ()					
援助の 可能な状況 (提供会員 のみ)	自家用車 使 用	可 (定員 名) ・ 不可			援助のできる曜日と時間帯			
	自動車 任意保険	あり ・ なし						
	援助できる 年 齢	<input type="checkbox"/> 乳児 (生後 ヶ月～) <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 小学生 (年生～ 年生)			紹介コメント (特技・人柄など)			
	援助できる 内 容	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 保育 <input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	緊急時対応 (病気等)	可 ・ 不可						
提供会員の 家庭状況	喫 煙	なし ・ あり (本人・家族)		ペット	なし ・ あり (種類 戸外・屋内)			

入会日 _____ 年 月 日 退会日 _____ 年 月 日