

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 印

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・携帯・勤務先 その他 ()		
自 宅 電 話	—	携帯電話	— —				
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	保育所・幼稚園・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		保険証		
：外科			Tel		番 号		
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) 2 自営業 () 3 無職 4 その他 ()			
	子ども 人 その他 人 (続柄)						
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			曜日と時間帯 (可能な時間帯に○)		
	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)					
	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