様式第１号（第７条関係）

曽於市ファミリー・サポート・センター入会申込書

年　月　日

曽於市長　宛て

　曽於市ファミリー・サポート・センターへの入会を次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 会員種別 | 依頼会員・援助会員・両方会員 |
| ふりがな氏名 |  | 住所 | 〒 |
|  |
| 連絡先 | 電話番号　　　　　　　　FAX番号 |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 仕事の有無 | 有・無 | 勤務先　　　　　　　電話番号 |
| 雇用形態（ﾌﾙﾀｲﾑ・ﾊﾟｰﾄ）、自営業、その他（　　） |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　続柄（　　　）電話番号 |
| 同居家族 | 配偶者　　有・無子ども　　人　　（歳）　　（歳）　　（歳）　　（歳）他　　　　人 |

※依頼会員・両方会員

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 援助の必要な子どもの状況 | （ふりがな）名前 | 性別 | 生年月日 | 園名・学校名など | 注意事項（既往歴・アレルギー等） |
| （） | 男 女 | ．　．（　　歳） |  |  |
| （） | 男 女 | ．　．（　　歳） |  |  |
| （） | 男 女 | ．　．（　　歳） |  |  |
| （） | 男 女 | ．　．（　　歳） |  |  |
| かかりつけ医又は病院名 | 電話 |

※援助会員・両方会員

|  |  |
| --- | --- |
| ペットの状況 | 有（　犬・猫・鳥・魚・その他：　　　　　　　　）無 |
| 自家用車の有無 | 有（　チャイルドシート：　有・無　）無 |
| 資格及び免許 | 看護師・保育士・幼稚園教諭・保健師・ヘルパー・運転免許その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 援助できる内容・日時 | 内容 | １（　乳幼児・児童　）の預かり　　２　送迎 |
| 日曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 |
| ：～： | ：～： | ：～： | ：～： | ：～： | ：～： | ：～： |

※以下は事務局が記入します

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |
| 入会日 | 年　月　日 | 退会日 | 年　月　日 |

【講習会・交流会等参加状況】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月　日 | 講習会・交流会 | 月　日 | 講習会・交流会 |
| 月　日 | 講習会・交流会 | 月　日 | 講習会・交流会 |
| 月　日 | 講習会・交流会 | 月　日 | 講習会・交流会 |
| 月　日 | 講習会・交流会 | 月　日 | 講習会・交流会 |

【特記事項】

|  |
| --- |
|  |