

入会申込書兼会員台帳

利用 協力 両方

ふりがな		写 真	入会日 年 月 日			
登録者氏名	男 女		退会日 年 月 日			
生年月日 昭和・平成 年 月 日						
自宅電話番号 —						
携帯電話 — —	住所					
郵便番号 —						
勤務先	名称	勤務形態 フルタイム・パート・自営・専業主婦 その他()				
	住所	電話番号 — —				
緊急時連絡先	氏名	登録者との関係()	家 族 構 成	氏 名	年 齢	続 柄
	名称					本人
	電話番号					
	氏名	登録者との関係()				
	名称					
	電話番号					
ペット 無・有(犬・猫・その他)						

※協力・両方会員のみ記入

<input type="checkbox"/> 保育士・幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 保育サポーター <input type="checkbox"/> チャイルド・マインダー <input type="checkbox"/> ベビーシッター <input type="checkbox"/> その他() 資格認定機関名()						
活動可能時間帯	9:00	12:00	17:00	19:00	その都度違う	
月曜日					
火曜日					
水曜日					
木曜日					
金曜日					
土曜日					
日曜日					
活動可能種別 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 預かり <input type="checkbox"/> 食事の提供 <input type="checkbox"/> おやつ提供 <input type="checkbox"/> 病児の預かり <input type="checkbox"/> 利用会員宅での見守り <input type="checkbox"/> 障害のある子どもへ援助						
活動可能年齢区分 <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 学童以上						

上記のとおり中野区ファミリー・サポート事業への入会を申し込みます。(個人情報を利用目的に利用することに同意します。)

中野区社会福祉協議会会長あて

自署

印

※ 援助を必要とする子ども

A	ふりがな		性別	生年月日	年	月	日	
	氏名			アレルギー 無・有 ()				
	通所先	名称		既往歴				
		電話番号						
		所在地						
	通所先	名称						
		電話番号						
		所在地						
	特記事項							
B	ふりがな		性別	生年月日	年	月	日	
	氏名			アレルギー 無・有 ()				
	通所先	名称		既往歴				
		電話番号						
		所在地						
	通所先	名称						
		電話番号						
		所在地						
	特記事項							
C	ふりがな		性別	生年月日	年	月	日	
	氏名			アレルギー 無・有 ()				
	通所先	名称		既往歴				
		電話番号						
		所在地						
	通所先	名称						
		電話番号						
		所在地						
	特記事項							