

入 会 申 込 書

(あて先) 前橋市ファミリー・サポート・センター

前橋市ファミリー・サポート・センターの趣旨を理解のうえ、入会を申し込みます。
 なお、相互援助活動中に事故が生じた場合については、当事者間の責任において解決するものとします。

年 月 日

氏名 _____ 印

顔写真を貼って
 ください。

3か月以内に
 撮影したもの
 4cm×3cm

1. 全員記入してください。

申込区分	1. おねがい	2. まかせて	3. どっちも	※該当に○をつけてください。
フリガナ			男・女	年 月 日生 () 歳
会員氏名				
住所 (自宅)	〒 -		TEL	-
			FAX	-
			携帯	- -
			E-mail	
勤務先 の状況	〒 -		TEL	-
	(勤務先住所) (勤務先名称)	勤務形態 1. フルタイム 2. パートタイム 3. 自営業 4. 無職・その他 ()		
緊急連絡先	(氏名)	[続柄]	TEL	-
資格免許等	1. 保育士・幼稚園教諭 2. 小・中学校教諭 3. 医師 4. 保健師・看護師 5. ホームヘルパー 6. その他 ()			
家族の状況	配偶者 有・無 (有の場合) 職業 1. 会社員 2. 自営業 3. なし 4. その他 () (無の場合) ひとり親家庭の場合、補助事業の対象となることがあります。 子ども ()人 他の同居親族 ()人 ※別途、説明いたします。(同意書提出必要)			

2. お願い会員・どっちも会員は記入してください。

援助の 必要な 児童の 状況	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	年齢	保育所(園)・幼稚園・学校	
		男・女	・			
		男・女	・			
		男・女	・			
	食事や健康状態等で特に伝えておきたいこと [アレルギー・食事制限等]					
	健康管理面・生活面で注意を要すること [持病・障害・性格・癖・苦手な事等]					
	かかりつけの医院・病院				電話番号	
					() -	
					() -	
	健康保険証	記号	番号	1. 社会保険 2. 国民健康保険 3. 共済組合 4. その他 ()		

