

申込書記入例

年 月 日

多久市長 様

多久市ファミリー・サポート・センター入会申込書

多久市ファミリー・サポート・センターに入会したいので、多久市子育て総合支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申し込みます。

なお、入会に当たっては、市が定める規定並びに当該事業の趣旨及び会員の心得等を十分理解し、これを遵守します。

また、この申込書に記載した情報が相互援助活動の目的で会員に提供される円の中をご記入ください。

会員種別	1 協力会員 2 利用会員 ※1と2を兼ねる場合は、両方を○で囲んでください。		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名 (会員)		生年月日	年 月 日
自宅 住所	〒 ー	電話番号	
		携帯電話	
勤務先 名称		所在地	
		電話番号	
同居の家族	(配偶者 有 ・ 無) (子ども 人) (他 人)		会員写真
会員以外の 緊急連絡先	(フリガナ) 氏名	() 会員との続柄 ()	会員写真欄 (利用会員は不要です)
	電話番号		

裏面にもご記入願います。

※ センター記入欄

身分証確認：保険証・免許証・その他 ()	健康状態： 良
登録 年 月 日	退会 年 月 日
会員番号：	

*利用会員の場合は①、協力会員の場合は②、利用・協力会員を兼ねる場合は両方

円の中の記入欄をご記入ください。

① 利用会員記載欄

援助対象となる子ども				
(フリガナ)氏名	性別	生年月日(年齢)	保育施設学校名等	子どもの状況等知らせておきたいこと(アレルギー、脱臼しやすい、肌が弱いなど)
(タク タダシ) 多久 正	男	H28. 〇. 〇 (7才)	〇〇〇小学校 TEL〇〇-〇〇〇	花粉症
(タク メグミ) 多久 恵	女	R 3. 〇. 〇 (2才)	〇〇こども園 TEL〇〇-〇〇〇	特になし
()		. . (才)	TEL	
()		. . (才)	TEL	
かかりつけの病院		病院名: 〇〇小児科 TEL〇〇-〇〇〇〇		
		病院名: 〇〇〇病院 TEL〇〇-〇〇〇〇		
援助希望内容		<input checked="" type="checkbox"/> 児童センター「あじさい」での預かり <input checked="" type="checkbox"/> その他(自宅・協力会員宅・その他の施設)での預かり <input type="checkbox"/> (保育園・学校・習い事等)の送迎		

② 協力会員記載欄

活動可能な内容		<input type="checkbox"/> 児童センター「あじさい」での預かり <input type="checkbox"/> その他(自宅・利用会員宅・その他の施設・外出同伴等)預かり <input type="checkbox"/> 保育所や習い事等の送迎(□車 □徒歩)							
資格免許等		<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他()							
可能な時間帯		月	火	水	木	金	土	日	祝日
～ 9:00									
9:00 ～ 12:00									
12:00 ～ 17:00									
17:00 ～									
		↑可能な曜日や時間帯に○を記入する							
援助活動に関する希望等	子どもの年齢	□0歳 □1歳 □2歳 □3歳 □4歳 □5歳 □小学生							
	兄弟姉妹の預かり	□可 □不可							
	その他								
ペットの有無		□有(種類 □屋内 □屋外) □無							
チャイルドシート		□有(チャイルドシート・ジュニアシート) □無							
備考									