

大台町ファミリー・サポート・センター入会申込書兼会員票

				会員番号			
1 全員							
会員の種類	1 依頼会員 2 提供会員						
住 所	〒 —						
ふりがな			性別	生年月日			
氏 名			男・女	年 月 日			
(自 宅) 電話番号	() —		緊急連絡先	() —			
FAX番号	() —						
同 居 家 族	配偶者	有 ・ 無	勤 務 先	本 人	(電話)		
	子ども	名		配偶者	(電話)		
	祖父母等	名					

2 依頼会員							
援 助 の 必 要 な 子 ど も の 状 況	子どもの名前	ふりがな	生年月日	年齢	性別	血液型	保育所等名
		主治医名	電話() —				
		保険証番号					
備 考							

3 提供会員							
免許資格及び 経験年数	1 特になし		2 保 育 士 (年)				
	3 幼稚園教諭 (年)		4 小学校教諭 (年)				
	5 看 護 師 (年)		6 その他()(年)				
援助の できる 内 容	曜日	日 月 火 水 木 金 土 (週 日)			車での送迎	可 ・ 不可	
	時間	: ~ :			病児保育	可 ・ 不可	
備 考							

大台町ファミリー・サポート・センターへの入会を上記のとおり申し込みます。
本票記載の情報が、相互援助活動実施にあたって相手方の会員に提供されることに同意します。

年 月 日

大台町長 様

氏 名

印

※以下は、記入しないでください。

講習会			入会日	年 月 日
参加状況			退会日	年 月 日

