

まかせて会員入会申込書

朝来市長 様

承認	承認 ・ 不承認
会員番号	

(ふりがな)	○○○ ○○	生年月日	性別
氏名	○○○ ○○	平成○○年 ○月 ○○日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女
住所	〒 669-0000 朝来市 和田山町○○○	自宅Tel 079-000-0000 携帯 000-0000-0000	
	勤務先名 △△△株式会社	Tel 079-000-0000	
同居家族	配偶者 <input checked="" type="radio"/> 有・無	職業 <input checked="" type="radio"/> 1.雇用労働者 フルタイム・ <input checked="" type="radio"/> パートタイム 2.自営業() 3.無職 4.その他	
	子ども 2人		
	その他 1人		
資格・免許	運転免許 <input checked="" type="radio"/> 有・無) その他()		
ペット	犬 <input checked="" type="radio"/> 猫・その他()		
援助センターへ入会を希望する	希望の曜日	日・ <input checked="" type="radio"/> 月・火・水・ <input checked="" type="radio"/> 木・金・土 (1週 2日可)	
	希望の時間	10時 ~ 18時 (1日 8時間可)	
	希望の連絡時間	7時~8時	
	希望の地区名	和田山 地区	
	希望の年齢	3 歳	
	希望の性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
	その他の希望		
緊急連絡先	名前 ○○○ ○○ Tel(079-000-0000) 携帯(000-0000-0000)		

上記の通り、朝来市ファミリー・サポート・センターへ入会を申し込みます。

事業・業務・相互援助活動のために提供・利用すること及び住民票による住所確認に同意します。

令和○年 ○月 ○日

氏名 ○○○ ○○

※自署しない場合は、押印してください。

おねがい会員入会申込書

年 月 日

朝来市長 様

承認	承認 ・ 不承認
会員番号	

(ふりがな)	〇〇〇 〇〇		生年月日		性別		
氏名	〇〇〇 〇〇		平成〇〇年 〇月 〇〇日生		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>		
住所	〒 669-〇〇〇〇 朝来市 和田山町〇〇〇		自宅Tel 079-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
	勤務先名 △△△△株式会社		Tel 079-〇〇〇-〇〇〇〇				
同居家族	配偶者	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		職業	1.雇用労働者 フルタイム <input checked="" type="radio"/> パートタイム		
	子ども	2人			2.自営業()		
	その他	1人		3.無職 4.その他			
対象となる子どもの状況	子どもの名前	生年月日	年齢	性別	血液型	平熱	教育・保育施設等
		平成元年 6月 1日生	3歳	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	O型	36度 7分	〇〇こども園
	〇〇〇 〇〇こ	既往症	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>		アレルギー		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	〇〇〇 〇〇子	(病名)			(何で) 〇〇〇 (どうなるか) かゆみ		
	子どもの名前	生年月日	年齢	性別	血液型	平熱	教育・保育施設等
		年 月 日生	歳	男・女	型	度 分	
		既往症	有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		アレルギー		有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
		(病名)			(何で) (どうなるか)		
	子どもの名前	生年月日	年齢	性別	血液型	平熱	教育・保育施設等
		年 月 日生	歳	男・女	型	度 分	
	既往症	有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		アレルギー		有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	
	(病名)			(何で) (どうなるか)			
その他気になる点	なんでも口にいれようと思います。						
かかりつけ医	〇〇〇〇医院						
緊急連絡先	名前 〇〇〇 〇〇男		続柄 父				
	Tel(079-〇〇〇-〇〇〇〇)		携帯(〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)				
	名前 〇〇〇 〇〇子		続柄 母				
	Tel(079-〇〇〇-〇〇〇〇)		携帯(〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)				

上記の通り、朝来市ファミリー・サポート・センターへ入会を申し込みます。

事業・業務・相互援助活動のために提供・利用すること及び世帯収入の調査に同意します。

令和〇年 〇月 〇日

氏名 〇〇〇 〇〇

※自署しない場合は、押印してください。