

入会申込書

会員NO.

入会年月日

退会年月日

(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 ㊞

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			女		
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		
				() -		
				() -		

