

糸魚川市ファミリー・サポート・センター入会申込書

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市ファミリー・サポート・センターに入会したいので次のとおり申し込みます。

なお、入会にあたっては、「糸魚川市ファミリー・サポート・センター事業実施要綱」を遵守します。また、本入会申込書の記載情報が、相互援助活動の目的で依頼会員又は提供会員に提供されることに同意します。

1 申込者

会員種別	依頼会員 ・ 提供会員		受付番号	※
ふりがな			生年月日	年 月 日 ( 歳)
氏名				
住所	〒		連絡先	自宅
				携帯
				その他
職業	有 ( ) 無			
同居の家族	(ふりがな) 氏名	会員との 続柄	生年月日	備考(職業等)
			. .	
			. .	
			. .	
			. .	

2 依頼会員になることを希望する方が記入してください。

対象児童の 状況	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	園・学校名	病歴 (アレルギー等)
		. .			
援助内容※					

3 提供会員になることを希望する方が記入してください。

提供できる 日時等	曜日	日・月・火・水・木・金・土 (週 日)			
	時間	①	: ~	: ②	: ~ : (1日 時間)
車での送迎	可(範囲 km) ・ 不可		兄弟、姉妹の 預かり	可 ・ 不可	
軽度病児の援助			ペット	いる ( ) ・ いない	
障害児の援助					
免許・資格	保育士・幼稚園教諭・小学校教諭・看護師・その他 ( )				

※欄は記入しないでください。