

高崎市ファミリー・サポート・センター入会申し込み書

平成 年 月 日

(あて先) 高崎市ファミリー・サポート・センター代表 高崎市長

顔写真

貼 付

高崎市ファミリー・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。個人情報を利用目的に利用することを同意します。

*相互援助活動中に生じた事故については当事者間で解決するものとします。
ただし、万一の事故に備えセンターは保険に加入しています。

1 全 員

* ☐ 以外の欄をご記入ください。

会員 No.		在 住 小学校区		会員種別	おねがい会員・まかせて会員・どっちも会員
ふりがな 氏 名	□ <生年月日> T・S 年 月 日 (歳)				
住 所	(自 宅) 〒		TEL () FAX () 携 帯		
	(勤務先) 〒		TEL ()		
緊 急 連絡先	(氏 名)		(続 柄)		TEL ()
同 居 家 族	配偶者 (有 ・ 無)		職 業	雇用労働者 (フルタイム・パートタイム)	
	子ども (人)			自 営 業 ()	
	その他 (人)			無 職 ・ そ の 他 ()	

2 まかせて会員・どっちも会員

援助内容	自宅受入 ・ 送 迎 ・ その他 ()			免 許 ・ 資 格	
援助対象	乳 児 ・ 幼 児 (1 歳～就学前) ・ 児 童 (小学生)				
援助可能 日 時	月 曜 日	火 曜 日	水 曜 日	木 曜 日	金 曜 日
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
	土 曜 日	日 曜 日	備 考		
	: ~ :	: ~ :	ペット(有・無)		

3 おねがい会員・どっちも会員

援助の 必要な 子どもの 状況	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	性 別	在籍保育園・幼稚園名	在籍小学校名	備 考
			男・女			
			男・女			
			男・女			
			男・女			
かかりつけの医師・病院		TEL ()				
アレルギー・慢性疾患等		<食事制限等>				

