

年 月 日

（あて先）内灘町長

申込者 住所
氏名 印

内灘町ファミリー・サポート・センター入会申込書

内灘町ファミリー・サポート・センターに入会したいので、内灘町ファミリー・サポート・センター事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申し込みます。

なお、入会に当っては、町が定める規定並びに当該事業の趣旨及び会員の心得等を十分理解し、これを遵守します。

また、この申込書に記載した情報が育児の相互援助活動の目的で会員に提供されることを同意します。

会員種別	<input type="checkbox"/> 提供会員 <input type="checkbox"/> 依頼会員 <input type="checkbox"/> 両方会員		
(ふりがな) 氏 名			電話番号
生年月日			FAX 番号
			携帯番号
住 所	〒		
勤 務 先	〒 (電話番号)		
同居家族	氏 名	続柄又は会員との関係	年 齢
緊急連絡先	1	氏 名 電話番号	写真貼付欄
	2	氏 名 電話番号	

会員番号		氏名	
------	--	----	--

■提供会員記載欄

援助 できる 日時	日 時	日	月	火	水	木	金	土	備考
	午前 : ~ :								
	午後 : ~ :								
援助できる内容					送迎方法			病後児保育	
送迎 ・ 預かり ・ 送迎+預かり 乳児 (0歳) ・ 幼児 (1歳~就学前) ・ 小学生					徒歩・自転車・バス 自家用車・タクシー			可・不可 応相談	
資格 免許等	保健師 ・ 看護師 ・ 学校教諭 ・ 幼稚園教諭 保育士 ・ その他 () ※勤務最終年月 (年 月 頃)						経験 子育て・ボランティア その他 ()		
ペット	無し ・ 有り () () () 屋内 ・ 屋外								

■依頼会員記載欄

対象 となる 子ども	ふりがな			
	氏 名	(男・女)	(男・女)	(男・女)
	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)	年 月 日 (歳 か月)	年 月 日 (歳 か月)
	学校・保育施設等			
	子どもの状況 (アレルギーや 配慮してほしい こと等)			
援助依頼内容 (予定)		送迎 ・ 預かり ・ 送迎+預かり ・ その他 ()		
かかりつけの病院	内科	住所	TEL	
	外科	住所	TEL	
	その他	住所	TEL	

■自宅付近の地図を記入してください。

※送迎を希望される依頼会員は、送迎先(学校・保育施設等)や、活動の目印となる店舗等も書き入れてください。