

大田原市ファミリーサポートセンター入会申込書
(兼会員票)顔写真
貼付

受付 No.	
会員種別	<input type="checkbox"/> 依頼 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 両方

1. 全員記入

(ふりがな)		男	生年月日	昭和	年	月	日
氏名		女		平成			
自宅住所	〒 -			☎	()		
勤務先名 勤務先住所	〒 -			☎	()		
緊急連絡先 住所		続柄		☎	()		
同居家族	配偶者 有・無 子ども 人 その他 ()	職 業	1. 雇用労働者 フルタイム・パート 勤務時間【 ~ 】シフト制 2. 自営業 3. 無職 4. その他 (休日:)				

2. 提供会員・両方会員のみ記入

支援内容	<input type="checkbox"/> 自宅受入 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他 ()	免許資格等	自動車運転免許 (任意保険入・未)	
支援対象	<input type="checkbox"/> 乳児 (0歳) <input type="checkbox"/> 幼児 (1歳～就学前) <input type="checkbox"/> 児童 (小学生以上)	保育士・教諭・看護師・保健師・子育て支援員 家庭教育オピニオンリーダー・その他 ()		
支援可能な日時	曜日	時間帯	時間帯	備考
	月曜日	: ~ :	: ~ :	
	火曜日	: ~ :	: ~ :	
	水曜日	: ~ :	: ~ :	
	木曜日	: ~ :	: ~ :	
	金曜日	: ~ :	: ~ :	
	土曜日	: ~ :	: ~ :	
	日曜日	: ~ :	: ~ :	

3. 依頼会員・両方会員のみ記入

支援の必要な子	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	年齢 学年	保育園・幼稚園・学校名
		平成 令和 年 月 日	男 女		
		平成 令和 年 月 日	男 女		
		平成 令和 年 月 日	男 女		
かかりつけの医師・病院等 社保・国保・その他		☎ ()			

上記の通り大田原市ファミリーサポートセンターに入会します。

また、利用に当たりましては、大田原市ファミリーサポートセンター事業実施要綱を順守し、会員票等記載の情報が会員に提供されることに同意します。

令和 年 月 日

大田原市長 様

氏 名

○自宅周辺地図をご記入ください。(目印等もお願いします。)

○お子さんについて伝えておきたいこと(アレルギーなど)

○特記事項

普通救命講習	・	・	・	・	・	・
子どもの発育・発達 健康管理について	・	・	・	・	・	・
交流会参加	・	・	・	・	・	・

顔合わせをした方(依頼会員・両方会員のみ記入)

会員番号	No.	No.	No.	No.	No.	No.
提供会員名						

(裏面)