様式第１号（第８条関係）（その２）

ファミリー・サポート・センター入会申込書兼会員票

（利用会員用）

年　　月　　日

　センター長　　　様

　大子町ファミリー・サポート・センターに入会したいので，大子町ファミリー・サポート・センター事業実施要綱第８条の規定により，次のとおり申し込みます。

　なお，入会に当たり，大子町ファミリー・サポート・センター事業実施要綱の規定を遵守することを誓います。また，本申込書の情報が協力会員に提供されることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | ※会員番号 | |  | | |
| ふりがな |  | | | | 生年月日 | | | | 性別 |
| 氏　　名 | ㊞ | | | | 年　　月　　日 | | | | 男・女 |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | |
| 連絡先 | 自宅ＴＥＬ：　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  携帯： | | | | | | | | |
| 同居家族 | 配偶者（　有　・　無　）　子ども　　人　　　その他　　人 | | | | | | | | |
| 職　　業 | １　雇用労働者（フルタイム・パートタイム）　　２　自営業  ３　無職　　４　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | １ | 氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄 | | | | | | | |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | |
| ２ | 氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄 | | | | | | | |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | |
| 援 助 が  必要な子 | ふりがな | | 生年月日 | 年齢 | | 性別 | | 保育施設等の名称 | |
| 氏　　名 | |
|  | | ・ ・ |  | | 男・女 | |  | |
|  | | ・ ・ |  | | 男・女 | |  | |
|  | | ・ ・ |  | | 男・女 | |  | |
| かかりつけ  医院名 | ＴＥＬ | | | | | | | | |
| 備　　考 | 既往症，アレルギー等 | | | | | | | | |

※印欄は，記入しないでください。