

入 会 申 込 書

会員番号	ふりがな		(該当に○をする)	
	氏名	女 男	区 分	依頼 提供 両方
	(生年月日) 西暦 年 月 日		資 格 免 許	<input type="checkbox"/> 車(普通免許) <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭免許 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 小学校教諭免許 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護ヘルパー その他()
住所	〒 倉敷市 TEL FAX 携帯		職 業	雇用労働者
緊急連絡先	氏名 TEL			<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その為 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 無職
同居家族	配偶者 有 無 子ども 人 その他			
援助の必要な 子ども (依頼・両方会員)	子どもの名前	生年月日	保育園・幼稚園・小学校	備考(既往症など)
	ふりがな	女・男		
		西暦 . .		
	ふりがな	女・男		
		西暦 . .		
	ふりがな	女・男		
	西暦 . .			
依頼したい 曜日・時間帯				*アレルギー(有・無) 卵・牛乳・小麦など *ペット(有・無) 犬・猫・鳥など * アレルギーは命に関わる事もあります。
援助のできる 曜日・時間帯				*ペット(有・無) 犬・猫・鳥など
(備考)				

上記のとおり倉敷ファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。

西暦 年 月 日 氏名

倉敷ファミリー・サポート・センター宛

*個人情報の取り扱い

本人確認
<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> 保険証
<input type="checkbox"/> 他()

倉敷ファミリー・サポート・センターは、入会申し込み時(事前打ち合わせ)にご提示いただく個人情報を会則におけるセンターの事業、アドバイザーの業務、相互援助活動のためのみに利用させていただきます。