

沼田市ファミリー・サポート・センター入会申込書（兼登録票）

会員No _____
 入会年月日 _____
 退会年月日 _____

沼田市ファミリー・サポート・センター 様



沼田市ファミリー・サポート・センターの趣旨を理解し、下記の事項に同意の上、入会を申し込みます。

年 月 日

- (1)相互援助活動中に事故が生じた場合については、当事者間の責任において解決すること。
 (2)入会申込書（兼登録票）の記載事項について、必要に応じ会員に提供されること。

1. 全員記入してください。

会員区分	1. お願い会員 2. まかせて会員 3. どっちも会員		
フリガナ 氏名	印	男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
住所・連絡先	自宅	〒 -	TEL
			FAX
			携帯
			E-mail
勤務先	〒	【名称】	TEL
		緊急連絡先	【氏名】 【続柄】 TEL
資格免許等	自動車運転免許 保育士 幼稚園教諭 小・中学校教諭 準看護師 看護師 助産師 保健婦 保育サポーター ホームヘルパー（ 級） 介護福祉士 他（ ）		
同居の家族	配偶者 有 ・ 無 子ども (人) 他の同居家族 (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（ ）

2. お願い会員・どっちも会員は記入してください。

援助の必要な児童の状況	氏名（フリガナ）	性別	生年月日	年齢	保育園・幼稚園・学校名
	○食事や健康状態等で特に伝えておきたいこと（アレルギー・食事制限等）				
	○かかりつけの医院・病院の名称及び電話番号				
	TEL				
	TEL				
	保険証について	1. 社会保険 2. 国民健康保険 3. 共済組合 4. その他（ ） ○記号（ ） ○番号（ ）			

3. まかせて会員・どっちも会員は記入してください。

援助が可能な日と時間帯	○をつけてください。 援助可能な時間を記入し、該当する曜日に	援助可能な時間	月	火	水	木	金	土	日	自家用車での送迎	特記事項
	～									可・不可 チャイルドシート 有・無	
	～										
	～										
	～										
祝日の対応状況	1. 可能 4. その他（			2. 時間によっては可能			3. 不可能 ）				
室内飼ペット等	いる（			）			. いない				

4. 全員記入してください。

【自宅付近略図】

5. 個人情報の取り扱いについて。

入会および事前打合せ時に提供した個人情報を、センターの事業である相互援助活動目的の為に提供・利用することに同意いたします。また、活動を通じて知り得た個人情報を決して漏らさないことを約束いたします。

氏名

印

講習会の受講記録

日付					
確認欄					
備考欄					
会員証受渡し日				会員証回収日	

