

入会申込書

※ 下の太枠内は **利用・協力会員** ともに漏れなく **本人が** 記入。
 *1 **介護の場合** は **利用者本人の氏名** を、**保育の場合** は **保護者の氏名** を記入。

会員種別 (○印)	利用会員・協力会員	ふりがな			
		会員氏名 *1			
生年月日 (年号に○印)	明治・大正 昭和・平成	年	月	日生 (才)	性別 (○印) 男・女
住所	〒 -				
電話番号(自宅)	() -	携帯電話	- -		
希望する援助 (○印・詳細)	送迎・保育・家事・買い物・見守り・その他				
上記のとおり、なでしこの会へ入会を申し込みます。 平成 年 月 日 (本人との続柄:) 氏名 印					
【緊急連絡先】	氏名	続柄	電話番号(職場・携帯等)		
連絡先 1					
連絡先 2					
連絡先 3					

※ 下の細枠内は漏れなく **協力会員** が記入。

資格・免許 (○印)	ホームヘルパー(級) ・ 介護福祉士 ・ 移動サービス運転者研修 保育士 ・ 幼稚園教諭 ・ 小中学校教諭 ・ 準看護師 ・ 看護師 普通自動車運転免許(種)(種) ・ 他()				
職業			動機		
活動可能日	月・火・水・木・金・土・日 (○印)			週	日程度
	: ~ :			1日	時間程度
活動内容(他)	保育・介護 ()				

※ 裏面につづく。

《 利用対象者の状況等 》

*2 実際に援助を受ける方の氏名(介護)・児童の氏名(保育)を記入のこと。

ふりがな	NPO法人 尾瀬なでしこの会	明治・大正・昭和・平成
------	----------------	-------------

利用対象者名 1 *2		生年月日 (年号に○印)	年 月 日生(才)
特記事項 (持病・障害・アレルギー・食事・排泄・睡眠 その他状況等わかりやすく記入)			
かかりつけの 医院・病院・科		電話番号	
保険証番号 (○印)	国保・社保・共済・他()	記号・番号	.
ふりがな		生年月日 (年号に○印)	明治・大正・昭和・平成
利用対象者名 1 *2			年 月 日生(才)
特記事項 (持病・障害・アレルギー・食事・排泄・睡眠 その他状況等わかりやすく記入)			
かかりつけの 医院・病院・科		電話番号	
保険証番号	国保・社保・共済・他()	記号・番号	.

※ 下の太枠内は **利用・協力会員** ともに漏れなく本人が記入。

【 自宅周辺の地図 】
地図番号 _____ 市・ _____ 数字 _____ - 英字 _____

※ 点線内は なでしこ 記入欄。

介護保険利用	有 ・ 無	居宅介護支援事業者
介護度	予防介護 1 ・ 予防介護 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5	
過去のなでしこ入会の 有無と種類	有 ・ 無	介護(保険適用) ・ ふれあい介護(ミニ) ・ 保育(ミニ) ・ 一人親 ・ たんぽぽ