

入会申込書（依頼会員用）

下記の通り、泰阜村ファミリーサポートセンターへの入会を申し込みます。

		会員番号		
ふりがな			生年月日	性別
氏名			年 月 日	男 女
住所	〒 地区名（ ）			
	自宅TEL：	FAX：	携帯：	
	勤務先名		TEL：	
同居家族	配偶者 (有無)	子ども その他	人 人	職業 1. 労働者 2. その他
緊急連絡先	名前		続柄	
	TEL：		携帯：	
	名前		続柄	
	TEL：		携帯：	
提供会員について	依頼したい提供会員（あれば）			
	これまでに依頼した提供会員（あれば）			
備考	(依頼したい内容、気をつけること等)			

同居の お子さんについて	子どもについて（1人目）	
	ふりがな 名前	保育所・学校名 TEL：
	性別 男・女	かかりつけ医院名
	生年月日 H・R 年 月 日生	TEL：
	既往歴 アレルギーの有無等	
	子どもについて（2人目）	
	ふりがな 名前	保育所・学校名 TEL：
	性別 男・女	かかりつけ医院名
	生年月日 H・R 年 月 日生	TEL：
	既往歴 アレルギーの有無等	
	子どもについて（3人目）	
	ふりがな 名前	保育所・学校名 TEL：
	性別 男・女	かかりつけ医院名
	生年月日 H・R 年 月 日生	TEL：
	既往歴 アレルギーの有無等	
	子どもについて（4人目）	
	ふりがな 名前	保育所・学校名 TEL：
	性別 男・女	かかりつけ医院名
	生年月日 H・R 年 月 日生	TEL：
	既往歴 アレルギーの有無等	
子どもについて（5人目）		
ふりがな 名前	保育所・学校名 TEL：	
性別 男・女	かかりつけ医院名	
生年月日 H・R 年 月 日生	TEL：	
既往歴 アレルギーの有無等		