

真岡市ファミリー・サポート・センター入会届出書(兼会員票)

年 月 日

真岡市長 様



次のとおり入会したいので、届け出ます。

- 1 - 【全 員】

受付	No.	会員種別	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼会員	<input type="checkbox"/> 提供会員	<input type="checkbox"/> 両方会員
(ふりがな)氏名	もおか はなこ 真岡 花子		昭和 50年 12月 14日生		
自宅住所	真岡市 ○○ △△番地		電話: 0282-82-○○○○		
勤務先名	○○○○ (株)		電話: 0282-82-△△△△		
緊急連絡先	氏名	真岡 一郎	続柄	夫	電話: 0282-82-□□□□
同居家族	配偶者	(<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無)		職業	雇用労働者 (<input checked="" type="checkbox"/> フルタイム ・ パートタイム)
	子供	(3人)			自営業 ()
	その他	()			無職・その他 ()

- 2 - 【提供会員】

援助内容	<input type="checkbox"/> 自宅受入 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他 ()		免許資格等: 有 ・ 無		
援助対象	<input type="checkbox"/> 乳児(6月~1歳) <input type="checkbox"/> 幼児(2歳~就学前) <input type="checkbox"/> 児童(小学生)		保育士・教諭・看護師・保健師 その他 ()		
援助可能日時	月	火	水	木	金
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
	土	日	備	考	
	: ~ :	: ~ :			

- 3 - 【依頼会員】

援助の必要な子	氏名	生年月日	性別	保育園・幼稚園・小学校等の名称	電話
	もめん	平16・○・○○	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	○○保育園	○○-○○○○
	いちご	平19・○・○○	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	〃	〃
			男・女		
かかりつけの医師・病院等	△ △ 医院		電話 (△△-△△△△)		
加入保険者名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 健康保険組合		保険証記号番号	□□□□-□□□□	

入会日:	退会日:
------	------

★この登録情報は、ファミリー・サポート・センターに関する利用以外に使用いたしません。