様式第2号(第8条関係)

愛西市ファミリー・サポート・センター入会申込書(依頼・両方会員用)

年　　月　　日

下記のとおり、ファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記 | | | | | | (写真) |
| 会員区分 | 依頼会員　・　両方会員 | | | | |
| ふりがな |  | | | 会員番号 | |
| 氏名 |  | | | (センターで記入します) | |
| 生年月日(　　　　　　　年　　月　　日)　　　　性別(男・女) | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 自宅TEL：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　携帯： | | | | | |
| 同居家族 | 配偶者  (有無) | 子ども(　　　　　　人)  その他(　　　　　　人) | | 職業 | 1．雇用労働者  2．その他　(　　　　　　　) | |
| 緊急連絡先 | 名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 | | | | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　携帯： | | | | | |
| 名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 | | | | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　携帯： | | | | | |
| 援助の必要な子どもの状況 | (ふりがな)  子どもの名前 | | 保育所・幼稚園・学校 | | | |
| 性別(男・女) | | 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| かかりつけ医(内科)　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| 年　　月　　日生 | | (外科)　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| 備考  　アレルギーの有無等 | |  | | | |
| 性別(男・女) | | 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| かかりつけ医(内科)　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| 年　　月　　日生 | | (外科)　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| 備考  　アレルギーの有無等 | | | | | |
| 性別(男・女) | | 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| かかりつけ医(内科)　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| 年　　月　　日生 | | (外科)　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| 備考  　アレルギーの有無等 | | | | | |

※下欄は、記入しないでください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供会員 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(裏面)

※両方会員の方はこちらの面もご記入ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 就業形態 | 1．無職　　2．フルタイム　　3．パート  4．自営業　　5．その他 | | ペット | 犬(　室内　　／　室外)　　　・猫  その他 |
| 援助できる内容 | 曜日 | (援助できる曜日に○をつけてください)  日　　　　月　　　　火　　　　水　　　　木　　　　金　　　　土 | | |
| 時間 | ：　　　　～　　　　：　　　　(1日　　時間)　　　　いつでも可 | | |
| 車での送迎 | 可　　　　　　・・(自動車任意保険の状況　　　加入　　・未加入)  　　　不可 | | |

(活動できる時間が限定される場合はお書き下さい)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 時間帯 | ～7時 | 7時～  8時 | 8時～  9時 | 9時～  12時 | 12時  ～  15時 | 15時  ～  16時 | 16時  ～  17時 | 17時  ～  18時 | 18時  ～  19時 | 19時  ～ | 備考 |
| 月曜日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 火曜日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 水曜日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 木曜日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 金曜日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 土曜日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日曜日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 祝休日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格・免許 | 1　看護師  　2　保育士  　3　幼稚園教諭  　4　保健師  　5　社会福祉士  　6　運転免許  　7　ヘルパー  　8　保育サポーター(21世紀財団)  　9　緊急サポーター(たすかる)  　10子育て支援者養成講座修了者  　11その他(　　　　　　　　　　　) | 自宅周辺地図  ※横断歩道などの目印や、角から○軒目など補足もお願いします。 |
| 備考 |  | |