第１号様式

受付番号	

（表）

（写真添付）
2.5×3ｃｍ

写真は２枚ご用意ください

入　会　申　込　書

中　井　町　長　様

中井町ファミリー・サポート・センターへの入会を下記のとおり申し込みます。

1　会員区分：支援・依頼・両方

年　　月　　日

ふりがな		男・女	住所	〒　　―
氏　　名	印			
電話等	電話：　　FAX：　　携帯：			
生年月日	年　　月　　日	年　齢	歳	
同居家族	配偶者　有・無 子ども　　人 その他（　　）	1雇用労働者（フルタイム・パート） 勤務先（　　） 2自営業（　　） 3無　職 4その他（　　）		

2　支援会員の場合

資格及び免許		
自動車の送迎　可・不可	チャイルドシート　有・無	
自宅の最寄りのバス停	（徒歩　　分）	
※　援助活動が可能な時間を記入してください		可能な援助内容（○で囲んでください。）

曜日・時間帯	8時前	8時～12時	12時～18時	18時以降
日	～	～	～	～
月	～	～	～	～
火	～	～	～	～
水	～	～	～	～
木	～	～	～	～
金	～	～	～	～
土	～	～	～	～

1　乳児の預かり
2　幼児の預かり
3　児童の預かり
4　送り迎え
5　その他

3　依 頼 会 員 の 場 合

対象児童の状況	子どもの氏名	生年月日・年齢	性別	園名・学校名	病　歴
		・　・（　　歳）			
		・　・（　　歳）			
		・　・（　　歳）			
		・　・（　　歳）			
		・　・（　　歳）			

主治医	TEL　　―
緊急連絡先	TEL　　―

（裏）

◎　自宅付近及び保育園・幼稚園・学校までの経路の地図を記入してください。

◎　そ の 他(特記する事項を記入してください。)

※　以下は、記入しないでください。

◎　講習会参加状況

日　付	内　　容
／	
／	
／	
／	
／	

◎　承認事項　　（可　・　不可：理由　　）

会員番号　第　　号

入会年月日　　年　　月　　日

退会年月日　　年　　月　　日