

依頼会員入会申込書 記入例

下記のとおり台東区ファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。
 本書記載の情報が、提供会員に提供されることに同意します。援助活動を通じて知ったお互いの
 家庭の事情や、人の情報を他人に漏らさない事を約束します。退会後も、このことは守ります。

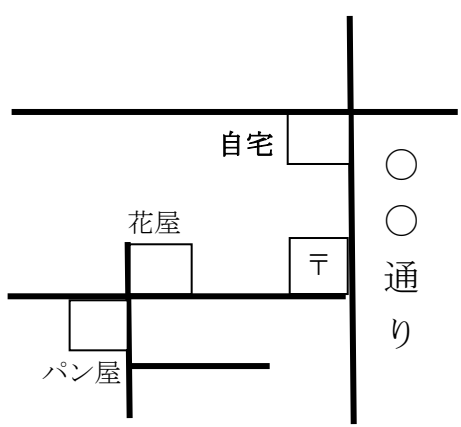
〇〇年 〇月 〇日 必ず記入

台東区ファミリー・サポート・センター 殿

※ 裏面も記載して下さい。

入 力					
会員番号	い	ー			
登録年月日			年	月	日
退会年月日			年	月	日

A 会 員	ふりがな	あさくさ のりこ	性 別	男・女	年 齢	37 歳
	氏 名 (登録者)	浅草 のり子	生年月日	〇〇年 〇月 〇日		
	自 宅	【住所】〒 110-0004	自宅電話	03-xxxx-xxxx		
		台東区下谷〇-〇-〇 〇〇マンション 901号室	F A X	- -		
			携帯電話	090-xxxx-xxxx		
勤 務 先	【名称】 〇〇 株式会社					
	【住所】〒 110-0016	台東区台東 〇 - 〇 - 〇 〇				
	【電話】 03-xxxx-xxxx (内線)					
	【勤務形態】 ①フルタイム就労 ②短時間・臨時的就労 ③自 営 (フルタイム) ④自 営 (短時間・臨時的) ⑤その他 ()					
勤務して いない方	【形態】 ①求 職 中 ②専 業主 婦 (夫) ③学 生 ④その他 ()					

B 家 族	配偶者	【配偶者】 (有)・無 ふりがな あさくさ いちろう 【氏名】 浅草 一郎 【携帯電話】 090-xxxx-xxxx	【自宅案内図】 
		【勤務先名称】 株式会社〇〇産業 【電 話】 03-xxxx-xxxx	
		【勤務先住所】〒 110-0011 台東区三ノ輪〇-〇〇	
同居家族	子ども (2 人) 父・母・その他 ()		

C 配 偶 者 以 外 の 緊 急 連 絡 先	ふりがな うえの さくら 【氏名】 上野 桜	【会員との関係】 実母
	【住所】〒 990-2491 東京都〇〇県	
	【自宅電話】 023 - xxxx - xxxx	
	【携帯番号】 080 - xxxx - xxxx	

D 援助が必要な児童	ふりがな	① あさくさ のりお	② あさくさ のりえ	③
	名前	浅草 のり男	浅草 のり江	
	続柄	長男	長女	
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 女	男 <input checked="" type="radio"/> 女	男 女
	生年月日	〇〇年 〇月 〇日生	〇〇年 〇月 〇日生	年 月 日生
	年齢	4歳	1歳	歳
	保育園 幼稚園 小学校	【名称】 〇〇保育園 【住所】台東区〇〇 〇-〇 【電話】03-xxxxx-xxxx	【名称】 同左 【住所】 【電話】 - -	【名称】 【住所】 【電話】 - -
	学童保育所			
	アレルギー	【アレルギー】 <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 食物 (<input checked="" type="radio"/> 卵・ <input checked="" type="radio"/> そば) その他 () ペット 可・ <input checked="" type="radio"/> 不可 (<input checked="" type="radio"/> ネコ)	【アレルギー】有・ <input checked="" type="radio"/> 無 食物 () その他 () ペット 可・ <input checked="" type="radio"/> 不可 ()	【アレルギー】有・ <input type="radio"/> 無 食物 () その他 () ペット 可・ <input checked="" type="radio"/> 不可 ()
	健康状態 (病歴) (感染症)	【健康状態】 良好 病歴 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 () 感染症 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 ()	【健康状態】 良好 病歴 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 () 感染症 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 ()	【健康状態】 病歴 有・ <input type="radio"/> 無 () 感染症 有・ <input type="radio"/> 無 ()
発育上の心配	有・ <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 早期出産の為、体が小さめ	有・ <input type="radio"/> 無	
伝えておきたい事	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 人見知りあり	有・ <input type="radio"/> 無	
かかりつけの医療機関	【名称】 〇〇病院 【住所】 台東区浅草〇-〇 【電話】03-xxxxx-xxxx	【名称】 同左 【住所】 【電話】 - -	【名称】 【住所】 【電話】 - -	

※ これから出産の方は出産予定日を欄外に記入してください。