

ファミリー・サポートおおた 利用会員入会申込書

年 月 日

(宛先) 大田区長

次のとおり、「ファミリー・サポートおおた」への入会を申し込みます。ついては、「ファミリー・サポートおおた会則」を遵守します。また、登録後は、以下の2点について同意します。

地 区	
会員番号	
登 録 日	年 月 日
退 会 日	年 月 日

- ・本申込書記載の情報が活動上必要な会員に提供されること
- ・活動によって知り得た個人情報を他に漏らさないこと

申請者情報	フリガナ		性 別	男 ・ 女			
	氏 名		生年月日	年 月 日			
	住 所	〒 -	大田区	電話番号			
		(建物名:)			FAX番号		
					携帯番号		
	勤務先名						
	勤務先所在地	〒 -		電話番号			
	家族構成	配偶者あり 配偶者なし 子 (人) 他 (人)					
緊急連絡先 1	氏 名		続柄	緊急連絡先 2	氏 名		続柄
	電話番号				電話番号		

※以下に、サポートを希望されるお子さんの情報を記入してください。

一人目	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	年 月 日		
	就学先名				かかりつけ病院名	
	就学先住所				電話番号	
	特記事項	アレルギー(無 ・ 有)、提供会員宅ペット (可・否) 健康状態 良好 ・ その他 ()				
二人目	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	年 月 日		
	就学先名				かかりつけ病院名	
	就学先住所				電話番号	
	特記事項	アレルギー(無 ・ 有)、提供会員宅ペット (可・否) 健康状態 良好 ・ その他 ()				
三人目	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	年 月 日		
	就学先名				かかりつけ病院名	
	就学先住所				電話番号	
	特記事項	アレルギー(無 ・ 有)、提供会員宅ペット (可・否) 健康状態 良好 ・ その他 ()				
四人目	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	年 月 日		
	就学先名				かかりつけ病院名	
	就学先住所				電話番号	
	特記事項	アレルギー(無 ・ 有)、提供会員宅ペット (可・否) 健康状態 良好 ・ その他 ()				