

こしがやファミリー・サポート・センター入会申込兼登録書

こしがやファミリー・サポート・センター 様

下記のとおり、こしがやファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。
 つきましては、規則を遵守いたします。またこの登録記載の情報が、提供会員に提供されることに
 同意します。 ●●年●●月●●日

こしがやファミリー・サポート・センター利用会員			会員番号	※		
(ふりがな)	こしがや ふあみこ	性別	●●年 ●●月●●日生 (●●歳)	地区	※同居でない方の場合は住所・TELも記入	
氏名	越谷 ファミ子	女				
住所	〒343-●●●●● 越谷市越ヶ谷4-1-1 TEL (FAX) 048-960-2311 携帯 090-1234-5678 E-mail famisapo@koshigaya-syakyo.com		緊急連絡先 (続柄 夫) 氏名 越谷 太郎 住所 同左			
勤務先	名称 ●●株式会社 住所 さいたま市●●●●● TEL (FAX) ×××-×××-××××		TEL 携帯 080-9876 -5432			
職業	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用労働者 (<input checked="" type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください 事務職					
援助を必要とする子ども	名前・ふりがな	性別	生年月日	保育所等の名称	病歴・アレルギー等	
	こしがや いちろう 越谷 一郎	男	●●年●●月●●日 (●●歳)	●●小学校 3年 4組	喘息 鶏卵	
	こしがや さぼみ 越谷 サボ美	女	●●年●●月●●日 (●●歳)	●●小学校 1年 2組	特になし	
			年 月 日 (歳)	年 組	提供会員に伝え、活動が安全に行われるように調整します。	
特に注意して欲しいこと 一郎：喘息は薬を飲んでいますが。鶏卵は完全除去です。						
かかりつけの医師・病院	名称	●●クリニック		健康保険証	記号一番号	
	所在地	(記入不要)			被保険者	
電話	(記入不要)		保険者			
自宅案内図	記入不要		保険者番号		氏名	年齢
			同居家族	越谷 太郎	●●	
				ファミ子	●●	
				一郎	●	
				サボ美	●	

※は記入しないでください。

会員証 / 入力 /

『利用会員』本人も含め、同居家族は全て記入してください。
 (活動が不要な子・両親等も含みます)