（第１号様式）

記　入　例

四日市市長　様

年　　月　　日

四日市市ファミリー・サポート・センター　入会申込書（依頼会員用）

四日市市ファミリー・サポート・センターの利用会員として入会したいので、次のとおり申し込みます。
なお、下記の個人情報は、センター事業、アドバイザーの業務、相互援助活動のために提供・利用することに同意します。

フリガナ 会員氏名 （自著または記名、押印）	ヨッカイチ　ヨシコ 四日市　良子	男・女	写真
生年月日	西暦　〇〇〇〇年　〇月　〇日		
住所	〒　〇〇〇　－〇〇〇〇　（地区：　〇〇　） 四日市市〇〇町〇〇－〇	連絡先	自宅　〇〇〇－〇〇〇〇 FAX　〇〇〇－〇〇〇〇 携帯　〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇 メール　数字・ローマ字をはっきり記入ください

世帯状況	援助対象者（〇印）	フリガナ 氏名	続柄	性別	生年月日（西暦）	勤務先（TEL） 学校・保育園	緊急連絡先
		ヨッカイチ　ヨシコ 四日市　良子	本人	男・女	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇（株） 〇〇〇－〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		ヨッカイチ　タロウ 四日市　太郎	夫	男・女	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇（株） 〇〇〇－〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	〇	ヨッカイチ　イチロウ 四日市　一郎	子	男・女	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇小学校	
	〇	ヨッカイチ　ハナコ 四日市　花子	子	男・女	〇〇〇〇年 〇月〇日	〇〇保育園	
				男・女			
				男・女			
				男・女			

援助対象の子どもの状況			
	【アレルギーや持病など】 一郎＝猫アレルギー		
	主治医	内科：〇〇医院	住所（TEL）〇〇町〇番　〇〇〇-〇〇〇〇
		外科：〇〇整形外科	住所（TEL）〇〇町〇番　〇〇〇-〇〇〇〇

※病児・病後児の援助の希望の有無　　あり　・　なし　←　どちらかに〇をしてください

＜以下、センター使用欄＞

受付者

依頼会員講習会参加状況

年　　月　　日受講済

入会日	退会日	会員番号

（依頼会員用）

承　　諾　　書

1、希望の利用依頼に応じられないこともあることを了承します。
2、援助活動中の不慮の事故に関しては、保険の範囲を超えた賠償責任は要求しません。
3、援助活動により知り得た他人の家庭の情報などは、他人に漏らしません。
4、会員証は他人に貸したり、譲渡しません。
5、会員証を紛失した時、または変更が生じた場合は、速やかに四日市市ファミリー・サポート・センターに届け出ます。

四日市市ファミリー・サポート・センター　殿

住所　　**四日市市〇〇町〇〇ー〇**

氏名（自著または記名、押印）　　**四日市　良子**