

様式第1号（第5条関係）入会申込書

受付番号				
会員種別	1 依頼会員 2 提供会員 3 両方会員			写真貼付 3.0×2.5cm (6か月以内に撮影した もの) ※提供会員のみ
(ふりがな) 氏名		男 女	生年月日 年 月 日 (歳)	
住所	〒(—)			
TEL			携 帯	
勤務先	TEL		緊急連絡先	TEL
同居家族 続柄・年齢				

※ 相互援助活動中に生じた事故については、当事者間で解決するものとし、センターは責任を負いません。

令和 年 月 日

加 茂 市 長 様

次のとおり、加茂市ファミリー・サポート・センターに入会したいので申し込みます。

○依頼会員をご希望の方が記入してください。

	児童名 (ふりがな)	生年月日	年 齢	性 別	園名・学校名	病歴 アレルギー
対象児童の 状況				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
主治医	TEL () —					
保険種別	社保・国保・共済(保険証番号) —					
*家庭保育希望の方 ペットを飼っていますか いいえ・はい (犬・猫・その他)						

