

# 四国中央市ファミリーサポートセンター入会申込書

四国中央市社会福祉協議会長殿

下記のとおり四国中央市ファミリーサポートセンター会員としての登録を申し込みます。  
 ※ 太線枠内のみご記入下さい

年 月 日

<b>依頼会員</b>		地区名	会員番号	
ふりがな			男・女	年 月 日生
氏名	(印)			( 歳)
住所				
電話番号			携帯電話	
FAX番号				
Eメール アドレス				
職 業	1. 雇用労働者(フルタイム・パートタイム)		同居の家族	配偶者 (有・無) 人 親族 (うち子ども) 人 その他 人 (会員との関係)
	2. 自営業			
	3. 無職			
	4. その他( )			
勤務先				
緊急連絡先				
対象となる 子供の状況	ふりがな	生年月日	保育園(所)・幼稚園	特に注意を要する事項 疾病・アレルギー等
	名前	(年齢) 性別	学校名・学年	
		年 月 日生	保育園(所) 幼稚園 学校 年生	
		( 歳 カ月) 男・女		
	年 月 日生	保育園(所) 幼稚園 学校 年生		
	( 歳 カ月) 男・女			
	年 月 日生	保育園(所) 幼稚園 学校 年生		
	( 歳 カ月) 男・女			
かかりつけの 医療機関名	名称 電話番号		自宅付近の地図	
子どもの 健康保険証	種 別	社 保 ・ 国 保 その他( )		
	記 号 番 号			