

# 入会申込書（兼）会員票（おもて）

写真

縦 3cm  
横 2.4cm

預ける会員・預かる会員・両方会員		一般・病児		入会日	※	年	月	日
会員番号	ふりがな			性別	生年月日			
	氏名			男・女	昭	年 月 日		
					平	年 月 日		
職業	①雇用労働（フルタイム・パート）		同居 家族	配偶者（有・無）		家族 同意		
	②自営                      ③その他			子ども      人・その他   人				
住所	〒							
	狭山市							
自宅TEL：		FAX：		携帯：				
緊急連絡先	名前		続柄	連絡先				
				TEL：		携帯：		
				TEL：		携帯：		
家族構成	ふりがな	続柄	生年月日	園・学校・勤務先（勤務地）				
	家族の名前							
		本人	・	・				
			・	・				
			・	・				
			・	・				
			・	・				
			・	・				

※欄はセンター記入欄

## 個人情報取り扱いについて

さやまファミリー・サポート・センターは、入会時にご提供いただく個人情報をセンター事業、相互援助活動のために利用させていただきます。

上記目的のために提供、利用することに同意し、

さやまファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。

令和 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日                      氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(うら)

預ける会員記入欄		援助の必要な子どもの状況	
子どもの名前 (愛称)	( )	( )	( )
保育所・幼稚園・学校			
かかりつけ医			
平熱			
既往歴			
いつも飲んで いる薬			
アレルギー			
食事			
排泄			
睡眠			
子どもの性格			
・好きなこと			
・嫌いなこと			
・気を付けてほしいこと			

※円滑に援助を行うためにお子さんの在籍している保育機関(学校・学童・施設含む)、または主治医より情報提供をお願いすることがあります。

◆欄はセンター記入欄

預かる会員記入欄		一般預かり ・ 病児預かり登録		地区	◆		
氏名		仕事	無 ・ 有 ( )				
連絡先	1 (自宅 ・ 携帯 ・ その他)	2 (自宅 ・ 携帯 ・ その他)	3 (FAX ・ メール)				
連絡のとりやすい時間帯	1.午前	2.午後	3.どちらでも可				
預かる場所	1.自宅	2.自宅以外	3.どちらでも可				
資格・免許	1.看護師 2.保育士 3.幼稚園教諭 4.保健師 5.社会福祉士 6.ヘルパー 7.その他( )						
運転免許	免許 有・無	任意(対人・対物)保険 有・無	送迎の援助 可・不可				
ペット							
援助出来る日時等○印をつけてください					備考欄		
	月	火	水	木	金	土	日
7:00 ~ 9:00							
9:00 ~ 12:00							
12:00 ~ 15:00							
15:00 ~ 18:00							
18:00 ~ 22:00							
その他	応相談可						

研修会参加記録(修了済受講カードコピー添付)