（表）

犬山市ファミリー・サポート・センター入会申込書（依頼会員用）

年　　月　　日

犬山市長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり犬山市ファミリー・サポート・センターへの入会を  申し込みます。 | | | | | | | | | | | | | 写　真 | |
| 会員区分 | | | 依頼会員 | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | 男・女 | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 申込者氏名 | | |  | | | | | |
| 住　　　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | （　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | （　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 援助の必要な児童の状況 | 氏　　名 | | | 生年月日 | | | 年齢 | 性別 | | | 保育園、小学校等の名称 | | | |
|  | | | 年　 月　 日 | | |  |  | | |  | | | |
|  | | | 年　 月　 日 | | |  |  | | |  | | | |
|  | | | 年　 月　 日 | | |  |  | | |  | | | |
|  | | | 年　 月　 日 | | |  |  | | |  | | | |
|  | | | 年　 月　 日 | | |  |  | | |  | | | |
| かかりつけの病院など | 診療科 | | 病院等の名称 | | | | 電話番号 | | | | 備考 | | | |
| 内　科 | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 外　科 | |  | | | |  | | | |
| 歯　科 | |  | | | |  | | | |
| その他 | |  | | | |  | | | |
| ※下欄は記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入 会 日 | | 年　　月　　日 | | | 会員番号 | № | | | | | | | | 受付印 |
| 退 会 日 | | 年　　月　　日 | | |
| 説 明 会  参加状況 | |  | | | | | | | | | | | |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族構成 | フリガナ | | | 申込者との続柄 | フリガナ | 申込者との続柄 | |
| 氏　　名 | | | 生年月日 | 氏　　名 | 生年月日 | |
|  | | | 本人(申込者) |  |  | |
|  | | | 年 　月 　日 |  | 年 　月 　日 | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | | 年 　月 　日 |  | 年 　月 　日 | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | | 年 　月 　日 |  | 年 　月 　日 | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | | 年 　月 　日 |  | 年 　月 　日 | |
| 特記事項 | |  |  | | | |  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 自宅周辺の状況（地図） | |  | | | | | |
| ※目標や道しるべになるものは、詳しく書いてください。 | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 〈お願い〉記載事項に変更があった場合は、事務局までご連絡ください。 | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |