

様式第1号（第5条関係）

こしがやファミリー・サポート・センター入会申込兼登録書

こしがやファミリー・サポート・センター 様

下記のとおり、こしがやファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。  
 つきましては、規則を遵守いたします。またこの登録記載の情報が、提供会員に提供されることに  
 同意します。 年 月 日

こしがやファミリー・サポート・センター利用会員				会員番号	※	
(ふりがな)		性別	年 月 日生			地 区
氏 名			( 歳)			※
住 所	〒			緊急連絡先（続柄）		
	TEL (FAX) — —			氏 名		
	携 帯 — —			住 所		
	E-mail			TEL — —		
勤務先	名称			携 帯 — —		
	住所					
	TEL (FAX) — —					
職 業	<input type="checkbox"/> 雇用労働者（ <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム） <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他					
	具体的に記入してください					
援助を 必要と する子 ども	名前・ふりがな	性別	生年月日	保育所等の名称	病歴・アレルギー等	
			年 月 日 ( 歳)	年 組		
			年 月 日 ( 歳)	年 組		
			年 月 日 ( 歳)	年 組		
特に注意して欲しいこと						
かかりつ けの医師 ・病院	名 称	所在地	健康 保 険 証	記号一番号	—	
	電 話			被 保 険 者		
自宅案内図			同 居 家 族	保 険 者		
				保 険 者 番 号		
				氏 名	年 齢	連 絡 先 番 号

※は記入しないでください。

会員証 / 入力 /

# こしがやファミリー・サポート・センター 利用会員 入会同意書

10項目全てお読みいただき、それぞれ☐チェックをしてください。

	確 認 内 容	チェック
1	こしがやファミリー・サポート・センターは、地域で安心して子育てができるように「子育ての支援を受けたい方」と「子育ての援助を行いたい方」が会員となり、お互いの信頼と合意のもとに、子育てを支えあう会員組織です。援助の内容や地域によっては、提供会員が見つからない場合もあります。	<input type="checkbox"/>
2	援助をおこなっていただく提供会員が見つかった場合、援助を開始する前に、援助内容の詳細を利用会員・対象のお子さん、提供会員、アドバイザーで「事前打合せ」を必ず行い、両会員が了解した後に活動開始となります。	<input type="checkbox"/>
3	事前打合せした内容以外の活動を依頼できません。変更、追加を希望する場合は、事前にセンターへお申し出ください。	<input type="checkbox"/>
4	活動開始後の依頼は、提供会員に直接可否を確認してください。了承を得た活動日をセンターに連絡してください。センターに連絡のない活動は保険補償の対象となりません。	<input type="checkbox"/>
5	当日のキャンセルには理由を問わずキャンセル料が発生します。（子ども1人につき900円）なお、無断キャンセルの場合は、依頼していた時間分のお支払いをお願いします。	<input type="checkbox"/>
6	担当の提供会員が決まり、依頼日が決定しても提供会員の都合（体調不良、緊急の所要等）により、急きょ活動できない場合があります。センターでは他の提供会員を手配することができませんので、利用会員、ご家族、他機関のサービス等での対応をお願いします。	<input type="checkbox"/>
7	活動費、実費等は提供会員が作成した「援助活動報告書」を確認し、提供会員に直接お支払いください。センターでの金銭の預かりはできません。	<input type="checkbox"/>
8	「会員の手引き」に記載されている内容をご理解のうえ、円滑な援助活動が行われるように協力してください。	<input type="checkbox"/>
9	会員としてふさわしくない行為をしたと認められた場合は、会員登録を取り消させていただきます場合があります。	<input type="checkbox"/>
10	入会時に提供いただいた個人情報、越谷市社会福祉協議会個人情報保護規程に基づき適正に取り扱います。利用者や第三者の生命、身体等に危険がある場合などの正当な理由がある場合は、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示する場合があります。	<input type="checkbox"/>

上記の内容に同意し、入会いたします。

年            月            日

氏 名 \_\_\_\_\_