

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。 西暦●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)	こしがや ふあみこ	性別	西暦●年 ●月●日生			
氏名	越谷 ファミ子	女	(●歳)		地区 ※	
住所	〒343-●●●● 越谷市越ヶ谷4-1-1 携帯 090-1234-5678 E-mail famisapo@koshigaya-syakyu.com		緊急連絡先 (続柄 夫) 氏名 越谷 太郎 住所 同左			
勤務先	名称 ●●株式会社 住所 さいたま市●●●●● TEL (FAX) ×××-×××-××××		TEL 携帯 080-9876 -5432			
職業	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用労働者 (<input checked="" 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 事務職					
お子さんの登録	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	
	こしがや いちろう 越谷 一郎	男	西 暦 年 ● 月 ● 日 (● 歳)	組	特になし	
	こしがや さほみ 越谷 サポ美	女	西 暦 年 ● 月 ● 日 (● 歳)	組	喘息 鶏卵	
			年 月 日 (● 歳)	組		
特に注意して欲しいこと 一郎：喘息は薬を飲んでいます。鶏卵は完全除去です。					提供会員に伝え、活動が安全に行われるように調整します。	
かかりつけの病院	名称 ●●クリニック 所在地 (記入不要) 電話 (記入不要)					
自宅案内図	記入不要					
			同居家族	氏名	年齢	連絡先番号
				越谷 太郎	●●	上記同様
				ファミ子	●●	
				一郎	●	
				サポ美	●	
『利用会員』本人も含め、同居家族は全て記入してください。(両親、祖父母、兄妹も含みます)						

※は記入しないでください。