

## 明石市ファミリーサポートセンター入会申込書 兼 登録書

明石市ファミリーサポートセンター 様

年 月 日

写真貼付欄

※原則撮影  
6ヶ月以内

3cm×2.4cm

明石市ファミリーサポートセンター事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申し込みます。  
つきましては、本書記載の情報を、相互援助活動のために提供・利用することに同意します。  
また、家族（親族）はファミリーサポート事業に同意しています。

会員番号		会員種類	1.依頼会員 2.提供会員 3.両方会員
ふりがな		自宅最寄駅	( ) 駅から徒歩 ( ) 分 ( ) 停留所から徒歩 ( ) 分
氏名	(男・女)	職 業	1. 雇用労働者（フルタイム・パート） 2. 自営 3. 無職 4. その他 ( )
子との続柄	親・祖父母・その他 ( )		
生年月日	(西暦) 年 月 日	勤 務 先	名称： 電話番号 ( ) -
住 所	〒 -		
連 絡 先	電話番号 ( ) -	同居家族	配偶者：有 (同居・単身赴任・その他【 】) 無 子どもの数：( ) 人 子どもの年齢：( , , ) その他家族：( ) 人
	携帯電話 ( ) -		
	F A X ( ) -		
	E-mail		
緊急連絡先氏名		特記事項	
子との続柄	親・祖父母・その他 ( )		
緊急用連絡先	( ) -	ペ ッ ト	有：種類 ( ) ・ 無 室内・室外

※ 提供会員又は両方会員の登録を希望する方が記入してください。

資 格	1. 保育士      2. 看護師 3. 幼稚園教諭   4. 保健師 5. 教員 6. その他 ( )	応援できる日時に○を入れる	日	月	火	水	木	金	土	祝
		早朝 (6～7時)								
		午前								
	明石市提供会員養成講習会修了年月 ( 年 月 修了)	午後								
		夕方 (16時～19時)								
子育て経験	有・無	夜 (19時～22時)								
特記事項										

※ 依頼会員又は両方会員の登録を希望する方が記入してください。

援助して欲しい 子どもの状況	子どもの名前	ふりがな	生年月日	性別	保育所等名称	特記事項 (アレルギーなど)
			20 年 月 日			
			20 年 月 日			
			20 年 月 日			
かかりつけ医療機関		( ) 科 電話 ( ) -				

ご記入いただいた個人情報は、明石市ファミリーサポートセンターに関する業務以外には使用いたしません。

入会日

年 月 日