

## 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<br>( ) 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）<br>2. 自営<br>3. 無職<br>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：<br>電話番号 ( ) -  |
| 住 所         | 〒 -           |       |  |
| 電話番号        | ( ) -         | 同居家族  | 配偶者：有<br>(同居・単身赴任・その他【 】)<br>無<br>子どもの数：( ) 人<br>子どもの年齢：( , , )<br>その他家族：( ) 人 |
| E-mail      | @             |       |  |
| 緊急連絡先<br>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<br>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<br>3. 幼稚園教諭 4. 保健師<br>5. 教員<br>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)     |   |   |   |   |   |   |   |   |
|      | 明石市提供会員養成講習会修了年月<br>( 年 月 修了)                           | 午前            |   |   |   |   |   |   |   |   |
|      |   | 午後            |   |   |   |   |   |   |   |   |
|      | 子育て経験 有・無   | 夕方 (16時～19時)  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|      |   | 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<br>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<br>(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、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 |
|-----|-------|