.様式第１号（第８条関係）

年　　月　　日

中札内村長　様

中札内村ファミリーサポートセンター事業入会申込書（依頼会員用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 会員番号 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 性別 |
| 氏　　名 |  | 　年　　月　　日 | 男・女 |
| 住　　所 | 〒 |
| 同居家族 | 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 勤務先・保育施設等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 緊急連絡先 | 名前： | 続柄： |
| TEL：（　　　）　　　－ 　 　  | 携帯：（　　　）　　　－ |
| 職場名： | 職場のTEL：（　　　）　　－  |
| 名前： | 続柄： |
| TEL：（　　　）　　　－ 　  | 携帯：（　　　）　　　－ |
| 職場名： | 職場のTEL：（　　　）　　－  |
| 備　　考 |  |

裏面へつづく

（裏面）

【援助の必要な子どもの状況】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 性別 |
| 氏　　名 |  | 　年　　月　　日 | 男・女 |
| 所　　属 | 名称： | 住所： |
| かかりつけの病院 | 病 院 名： | 住所： |
| 担当医師： | TEL：（　　　）　　　－ 　 　 |
| 既往歴アレルギー等 |  |
| 特記事項 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 性別 |
| 氏　　名 |  | 　年　　月　　日 | 男・女 |
| 所　　属 | 名称： | 住所： |
| かかりつけの病院 | 病院名： | 住所： |
| 担当医師： | TEL：（　　　）　　　－ 　 　 |
| 既往歴アレルギー等 |  |
| 特記事項 |  |

個人情報の取扱いについて

中札内村ファミリーサポートセンターは、入会申し込み時にご提供いただく個人情報を要綱のセンター事業、アドバイザーの業務、相互援助活動のために利用させていただきます。

　お申し込みされる方は、上記の目的のために提供・利用することにご同意いただきたくお願い申し上げます。

要綱等における事業・業務・相互援助活動のために提供することに同意します。

年　　　月　　　日

氏名