

令和 年 月 日

軽井沢町ファミリーサポートセンター長 様

軽井沢町ファミリーサポートセンター入会申込書

申込者 住 所

氏 名 印

軽井沢町ファミリーサポートセンターに入会したいので、次のとおり申し込みます。  
また、この申込書に記載した情報が相互援助活動の目的で会員等に提供されることに同意します。

会員種別		1 提供会員    2 依頼会員    ※1と2を兼ねる場合は、両方を○で囲んでください。			
フリガナ		性 別		男 ・ 女	
氏 名 (会 員)		※実際に連絡等やりとりをする方の名前を記入 生年月日 (年齢)		年 月 日 ( 歳)	
自宅	住 所	〒		電話番号	
				携帯電話	
				メールアドレス	
勤務先	名 称			所在地	
				電話番号	
同居する者	氏 名		続柄又は会員との関係		年 齢
緊急連絡先	1	氏 名		電話番号	写真欄
	2	氏 名		電話番号	

※裏面もご記入ください。

\*依頼会員の場合は①、提供会員の場合は②、依頼・提供会員を兼ねる場合は両方ご記入ください。

①依頼会員記載欄

対象となる児童の状況	フリガナ氏名			
	性別	男・女	男・女	男・女
	生年月日(年齢)	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
	学校・保育施設等			
	児童の状況 (アレルギー等・注意してほしいこと)			
	備考			

②提供会員記載欄

※当てはまる□に✓を記入

活動可能な内容		<input type="checkbox"/> 自宅での一時預かり <input type="checkbox"/> 自宅以外での一時預かり (依頼会員宅・外出同伴等) <input type="checkbox"/> 保育所や習い事等の送迎 ( <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 ) 任意保険加入状況 対人: 円 対物: 円 同乗者: 円							
資格免許等		<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 運転免許 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
活動可能な曜日・時間帯 (○を入れる)	時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝日
	早朝 ~ 7								
	午前 7~12								
	午後 12~17								
	夕方 17~19								
	夜 19~								
援助活動に関する希望等	児童の年齢	<input type="checkbox"/> 0~1歳		<input type="checkbox"/> 2~5歳			<input type="checkbox"/> 小学生		
	兄弟姉妹の預かり	<input type="checkbox"/> 可		<input type="checkbox"/> 不可					
	その他								
ペットの有無		<input type="checkbox"/> 有 (種類 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 ) <input type="checkbox"/> 無							
FAXの有無		<input type="checkbox"/> 有 (電話と同じ) <input type="checkbox"/> 有 (番号別 ) <input type="checkbox"/> 無							
来客用駐車スペース		<input type="checkbox"/> 有 ( 台分) <input type="checkbox"/> 軽自動車程度なら有 <input type="checkbox"/> 無							
講習会参加情報									
備考									

※資格免許等がある方は、当該免許証等のコピーを添付