

入会申込書(利用会員用)

この申込書の記載事項について帯広ファミリーサポートセンター事業・業務・相互援助活動のために提供・利用することに同意し、入会を申し込みます。

ふりがな				会員番号
氏 名				
	生年月日(年 月 日生)			
住 所	〒			
	自宅TEL:	FAX:	携帯:	
	勤務先名		TEL:	
同居家族	配偶者 (有 無)	子ども その他	人 人	職業
	1. 労働者 2. その他			
緊急連絡先	名前		続柄	
	TEL:		携帯:	
	名前		続柄	
	TEL:		携帯:	
備 考				

援助の必要な子どもの状況	子どもの名前		保育所・幼稚園・学校		
			名称		
			住所		
			TEL:		
	性別 (男 女)		かかりつけ医院名		
	年 月 日生		住所		
			TEL:		
	既往歴		アレルギーの有無等		
			名称		
			住所		
			TEL:		
	性別 (男 女)		かかりつけ医院名		
	年 月 日生		住所		
			TEL:		
	既往歴		アレルギーの有無等		
			名称		
		住所			
		TEL:			
性別 (男 女)		かかりつけ医院名			
年 月 日生		住所			
		TEL:			
既往歴		アレルギーの有無等			

※センター記入欄

入 会 日	退 会 日	会員状況	
年 月 日	年 月 日	利用会員 ・ 両方会員	
講習会・説明会参加状況	年 月 日	年 月 日	年 月 日

(裏)

個人情報の取扱いについて

帯広ファミリーサポートセンターは、入会の申し込み時にご提供いただく個人情報を、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いたします。