

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。