

第1号様式（第6条関係）

上越市ファミリーサポートセンター入会申込書

〇〇年〇〇月〇〇日

写真

貼付

(宛先) 上越市長

次のとおり上越市ファミリーサポートセンターに入会したいので、申し込みます。
つきましては、「上越市ファミリーサポートセンター事業実施要綱」を遵守します。
また、本入会申込書の記載情報が、提供会員又は依頼会員に提供されることに同意します。

1 全員が記入してください。

会員種別	依頼会員・提供会員		受付番号	※	
ふりがな	じょうえつ はなこ		生年月日	地区	※
氏名	上越 花子	男・女 女	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇 歳)		
住所	〒943-8601 上越市木田 1-1-3		連絡先(自宅) 電話 025-526-5111		
職業	有(〇〇〇〇)・無		上記以外の連絡先 電話 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 【勤務先(携帯電話)・その他()】		
同居の家族	(ふりがな)氏名	会員との続柄	生年月日	備考	
	上越 太郎	夫	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	上越 一郎	長男	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
	上越 雪子	長女	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
			年 月 日		
			年 月 日		

2 依頼会員になることを希望する方が記入してください。

子どもの状況	(ふりがな)氏名	生年月日	性別	園名・学校名	病歴 (アレルギー等)
	上越 一郎	平成〇〇年〇〇月〇〇日	男・女 男	〇〇小学校	
	上越 雪子	平成〇〇年〇〇月〇〇日	男・女 女	〇〇保育園	喘息
		年 月 日	男・女		
援助内容 ※					

3 提供会員になることを希望する方が記入してください。

提供できる日時等	曜日	日・月・火・水・木・金・土 (1週 2日)			
	時間	①8:00 ~ 12:00、②14:00 ~ 16:00 (1日 6時間)			
車での送迎	可(範囲 km)	不可	軽度病児の保育	可	不可
免許の種類及びその経験年数	1 保育士 年	2 看護師 年	3 小学校教諭 年		
	4 その他(ヘルパー2級) 10年				
健康状態	良・不		備考 ※		

※欄は記入しないでください。