

入会申込書（依頼会員）

会員番号：

会則における事業・業務・相互援助活動のために提供・利用することに同意します。

|                  |  |        |            |       |    |
|------------------|--|--------|------------|-------|----|
| ふりがな             | 生年月日（西暦）   |        |            | 性別    |    |
| 氏名               | 年 月 日  |        |            | 男 ・ 女 |    |
| 住所               | 〒  |        |            |       |    |
|                  | メール  |        |            | LINE  |    |
|                  | 自宅 TEL   |        | FAX        |       | 携帯 |
|                  | 勤務先名   |        |            | TEL   |    |
| 同居家族             | 名前   | 生年月日   | 年齢         | 続柄    | 職業 |
|                  | 名前   | 生年月日   | 年齢         | 続柄    | 職業 |
|                  | 名前   | 生年月日   | 年齢         | 続柄    | 職業 |
| 緊急連絡先            | 名前   |        |            | 続柄    |    |
|                  | TEL 携帯   |        |            |       |    |
|                  | 名前   |        |            | 続柄    |    |
|                  | TEL 携帯   |        |            |       |    |
| 利用目的             | <input type="checkbox"/> 保育施設等への送迎 <input type="checkbox"/> 放課後や放課後児童クラブ後の預かり <input type="checkbox"/> その他（                      ） |        |            |       |    |
| 備考               | ※利用予定があれば記入してください。   |        |            |       |    |
| 援助が必要な<br>子どもの状況 | 子どもの名前（ふりがな）   |        | 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  |        | 住所 TEL     |       |    |
|                  | 既往歴（アレルギーの有無等）   |        |            |       |    |
|                  | 子どもの名前（ふりがな）   |        | 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  |        | 住所 TEL     |       |    |
|                  | 既往歴（アレルギーの有無等）   |        |            |       |    |
|                  | 子どもの名前（ふりがな）   |        | 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            |  | 住所 TEL |            |       |    |
| 既往歴（アレルギーの有無等）   |  |        |            |       |    |