

会員番号

\*センターが記入します

ブロック

\*センターが記入します

大津市ファミリーサポートセンター所長様

入会日 年 月 日

## どっちも会員 入会申込書

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	・	<input type="checkbox"/> 女	保護者写真添付
会員氏名				<input type="checkbox"/> 回答なし			
生年月日	年 月 日			小学校区		《証明書類》 *センターが記入します	
住 所	〒 大津市						
連絡先	電話番号	自 宅	— —				
	携帯電話		— —				
メールアドレス	@						
勤務先				電話番号	- -		
緊急連絡先 (本人以外)	氏名			続柄	電話番号		
	1					-	
	2					-	
同居家族	配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 子ども 人 / <input type="checkbox"/> 孫 人 その他 人			/ ペット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
職 業	<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム			<input type="checkbox"/> 自営業		<input type="checkbox"/> 無職	
	<input type="checkbox"/> 産休・育休中 (復帰予定: )					<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 子育て支援の経験 ( )						
資格免許 など	<input type="checkbox"/> 保育士	<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 小学校	<input type="checkbox"/> 中学校	<input type="checkbox"/> 高校	<input type="checkbox"/> 支援学校	
	<input type="checkbox"/> ベビーシッター	<input type="checkbox"/> ヘルパー	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 民生委員児童委員		
	<input type="checkbox"/> 自動車運転免許証	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
子どもの 年齢・状況	氏名(ふりがな)		生年月日	性別	学校・保育園・幼稚園など	備考(アレルギーなど)	
かかりつけ医				TEL	- -		
				TEL	- -		
駅や施設 までの距離	最寄り駅	JR	小学校	から <input type="checkbox"/> 徒歩	・ <input type="checkbox"/> 自転車	で 分	
		京阪	幼稚園・保育園	から <input type="checkbox"/> 徒歩	・ <input type="checkbox"/> 自転車	で 分	
駅から ( ) で 分	駅から ( ) で 分						
依 頼 に つ い て	移動手段	<input type="checkbox"/> 車で会員宅へ行くことが可能			<input type="checkbox"/> 自宅に会員の車を駐車することが可能		
	依頼内容						
援助 に つ い て	可能な内容	<input type="checkbox"/> 自宅預かり	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 乳児	<input type="checkbox"/> 土曜日	<input type="checkbox"/> 早朝	: 以降
		<input type="checkbox"/> おねがい宅等で預かり	<input type="checkbox"/> 食事付	<input type="checkbox"/> 日祝日	<input type="checkbox"/> 夜間		: まで
		<input type="checkbox"/> 都度相談					
	可能な日時						
活動不可	曜日: ( ) 曜日 / 時間帯: ( )						

大津市ファミリーサポートセンターについて「たすけあいの手びき」に基づき説明を受け、内容を理解した上で入会を申し込みます。

私が申込時に記入し提供した個人情報をセンター事業、アドバイザー業務、相互援助活動のために利用することに同意します。また、必要に応じて連携先の子育て支援機関への情報提供にも同意します。

私は心身ともに健康であり、過去に虐待や不適切な行為を行ったことはありません。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_