

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

## おねがい会員 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   |   |                       |
| 住 所  | 〒 一<br>大津市  |               |  |   |                       |
| 連絡先  | 電話番号  | 自 宅           | — —  |   | «証明書類»<br>*センターが記入します |
|  |   | 携帯電話          | — —  |   |                       |
|  | メールアドレス   | @             |  |   |                       |
| 勤務先  |   |               | 電話番号   | - -   |                       |
| 緊急連絡先<br>(本人以外)  | 氏名  |               | 続柄   | 電話番号  |                       |
|  | 1   |               |  | -   | -                     |
|  | 2   |               |  | -   | -                     |
|  | 3   |               |  | -   | -                     |
| 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 |               | 人 / <input type="checkbox"/> ペット <input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無 |   |                       |
| その他 人  |   |               |  |   |                       |
| 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   |   |                       |
| 子どもの<br>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<br>までの距離  | 小学校   |               | から <input type="checkbox"/> 徒歩 · <input type="checkbox"/> 自転車 で                          | 分   |                       |
|  | 幼稚園・保育園   |               | から <input type="checkbox"/> 徒歩 · <input type="checkbox"/> 自転車 で                          | 分   |                       |
|  | 最寄り駅  | JR 駅 から ( ) で | 分  |   |                       |
|  | 京阪 駅 から ( ) で   | 分             |  |   |                       |
| 依頼内容   |   |               |  |   |                       |
| <p>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。</p> <p>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。</p> |   |               |  |   |                       |
| 年 月 日 氏名 _____   |   |               |  |   |                       |