

会 員 登 録 申 込 書

(あて先) 富 士 見 市 長

下記のとおり、富士見市ファミリー・サポート・センター会員の登録を申し込みます。

年 月 日

1. 全会員

会員種別	<input type="checkbox"/> 提供会員 <input type="checkbox"/> 依頼会員 <input type="checkbox"/> 両方会員	受付番号	
ふりがな		生年月日	
氏名		年 月 日 生	
自宅住所	〒	TEL	
		FAX	
		携帯	
勤務先	TEL		
同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 (有・無)	職業	<input type="checkbox"/> 雇用労働者 (フルタイム・パート)
	<input type="checkbox"/> 子ども (人)		<input type="checkbox"/> 自営業 ()
	<input type="checkbox"/> その他の家族 (人)		<input type="checkbox"/> その他 ()

2. 提供会員・両方会員

援助できる内容		送迎方法	軽度病児保育
<input type="checkbox"/> 自宅受け入れ <input type="checkbox"/> 送迎		<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 (1歳~就学前) <input type="checkbox"/> 小学生		<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> 要相談
援助 できる 日時	<input type="checkbox"/> 早朝 (時 ~ 時)	免許・資格等	
	<input type="checkbox"/> 夜間 (時 ~ 時)	<input type="checkbox"/> 保育士	<input type="checkbox"/> 保健師
	<input type="checkbox"/> 午前 (時 ~ 時)	<input type="checkbox"/> 教諭 ()	<input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/> 午後 (時 ~ 時)	<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日	健康状態等		
<input type="checkbox"/> 電話で相談可能 できない曜日等 ()			

3. 依頼会員

援助の 必要な 子ども	氏名 (ふりがな)	生年月日	性別	保育所・幼稚園・学校等
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
依 頼 内 容				提供会員宅までの交通手段
<input type="checkbox"/> 送迎		<input type="checkbox"/> 残業時の預かり		<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 日中の一時預かり		<input type="checkbox"/> 病後時の預かり		
<input type="checkbox"/> 土・日・祝日の利用		<input type="checkbox"/> 習い事		
<input type="checkbox"/> その他				

◎自宅周辺の地図を記入してください

講習会等の参加状況				

センター備考欄