

入会申込書 (おねがい会員用)

遠野市ファミリー・サポート・センター事業実施要綱における事業・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。

年 月 日

	会員 番号					
ふりがな		生年月日				
氏 名		平成・昭和 年 月 日				
住 所	〒					
	自宅 TEL :	FAX : 携帯 :				
	勤務先名	TEL :				
同居家族	配偶者 (有 無)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">子ども その他</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">人 人</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">職 業</td> <td style="width: 50%;"> 1. 労働者 2. その他 </td> </tr> </table>	子ども その他	人 人	職 業	1. 労働者 2. その他
子ども その他	人 人	職 業	1. 労働者 2. その他			
緊急連絡先	名前 続柄					
	TEL : 携帯 :					
	名前 続柄					
	TEL : 携帯 :					
備 考						
援助の必要 な子どもの 状況	子どもの名前	保育所・幼稚園・学校				
		名称				
		住所 TEL :				
	性別 (男 女) 年 月 日生	かかりつけ医院名				
		住所 TEL :				
	既往歴 アレルギーの有無等					
		名称				
		住所 TEL :				
	性別 (男 女) 年 月 日生	かかりつけ医院名				
		住所 TEL :				
	既往歴 アレルギーの有無等					
		名称				
		住所 TEL :				
	性別 (男 女) 年 月 日生	かかりつけ医院名				
		住所 TEL :				
	既往歴 アレルギーの有無等					

(裏)

個人情報の取扱いに関するご案内

わらすっこファミリー・サポート・センターは、入会申し込み時にご提供いただく個人情報を、センター事業及びファミサポアドバイザーの業務並びに相互援助活動のために利用させていただきます。

お申込みされる方は、上記目的のために提供・利用することにご同意いただきたくお願い申し上げます。