

**第1号様式** (第8条関係)

多気町ファミリー・サポート・センター入会申込兼登録書

年 月 日

多気町長 様

										会員番号			
会員種類	A 援助会員      B 依頼会員      C 両方会員			入会日		年 月 日							
氏名	年 月 日生 男・女 ( )歳			会員変更日		年 月 日		退会日		年 月 日			
住所	〒 -												
連絡先	自宅電話				同居家族	配偶者 有・無							
	自宅Fax					子ども 人							
	携帯電話					その他 ( )							
緊急連絡先	連絡先				資格及び経験年数 ( )								
	電話				1 保育士 ( )		2 幼教諭 ( )						
	携帯電話				3 小教諭 ( )		4 看護師 ( )						
講習会希望				5 保健師 ( )		6 ( )							
講習会修了日	年 月 日・免除												
援助を必要とする子どもの状況	氏名	生年月日		年齢	性別	保育園・学校名							
		. .											
		. .											
		. .											
主治医	病院・医院名												
	住所  Tel												
注意事項													
援助できる内容 (援助会員のみ)	午前	日	月	火	水	木	金	土	車での送迎	可・不可			
		午後								車任意保険	加入 ・ 未加入		
備考													

## 個人情報の取扱に関するご案内

多気町ファミリー・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、アドバイザーの業務、相互援助活動のために利用させていただきます。

お申し込みされる方は、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。