

依頼会員入会申込書

男鹿市長 様

写真はセンター
で用意します

次のとおり、男鹿市ファミリー・サポート・センターへ入会を申込みします。
なお、下記の個人情報を会則のセンター事業、アドバイザーの業務、相互援助活動のために提供、利用することに同意します。

ふりがな 申込者氏名	オガ ハナコ 男鹿 花子			性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	
				生年月日	平成元年 10月 10日 33歳	
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 男鹿市〇〇字〇〇2-4					
連絡先	自宅	700-0000	携帯電話	090-0000-0000		
	FAX	700-0000	Eメール	oga-akita@△mail.com		
職業	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用労働者 (フルタイム・パートタイム) <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職					
	勤務先	男鹿市役所				
	所在地	男鹿市船川港船川泉台66-1				
	電話番号	0185-00-0000				
同居家族	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
	男鹿 太郎	夫	34			
	男鹿 結子	義母	58			
緊急連絡先	ふりがな 氏名	オガ タロウ 男鹿 太郎		ふりがな 氏名	ワカミ アキコ 若美 明子	
	連絡先	090-000000-0000		連絡先	090-0000-0000	
	子どもとの関係	父		子どもとの関係	母方の祖母	
援助の必要 な子どもの 状況	ふりがな 氏名	生年月日 年齢	性別	保育所・幼稚園名 学校名	留意してほしい事 (体質・病歴等)	
	オガ ミライ 男鹿 未来	平成30年 5月5日 4歳	男	△△△保育園	ぜん息	
	オガ センタ 男鹿 仙太	令和元年 5月3日 3歳	男	△△△保育園	アトピー性皮膚炎	
		年 月 日 歳				
かかりつけ病院・医院	○×△小児科		車での移動	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能		
打ち合わせ希望日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 不明 (10時頃)					
利用予定	<input checked="" type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 急がないが利用の予定はある <input type="checkbox"/> 利用の予定はない					
その他要望等	できるだけ近い地域の提供会員に預かってほしい					