

塩尻市ファミリーサポート会員入会申込書

令和 年 月 日

(あて先)塩尻市長

次のとおり、塩尻市ファミリーサポート会員の登録を申し込みます。

会員の種別	1 依頼会員	2 提供会員
-------	--------	--------

(会員共通)

ふりがな 氏名	性別		男 ・ 女
	生年月日		年 月 日生
住所	〒		地区
職業	勤務先 電話番号		
連絡先	1 本人		
	2 緊急時		
同居家族	配偶者(有・無) 配偶者氏名 勤務先 電話番号		電話番号
	未成年の子ども( )人 その他		

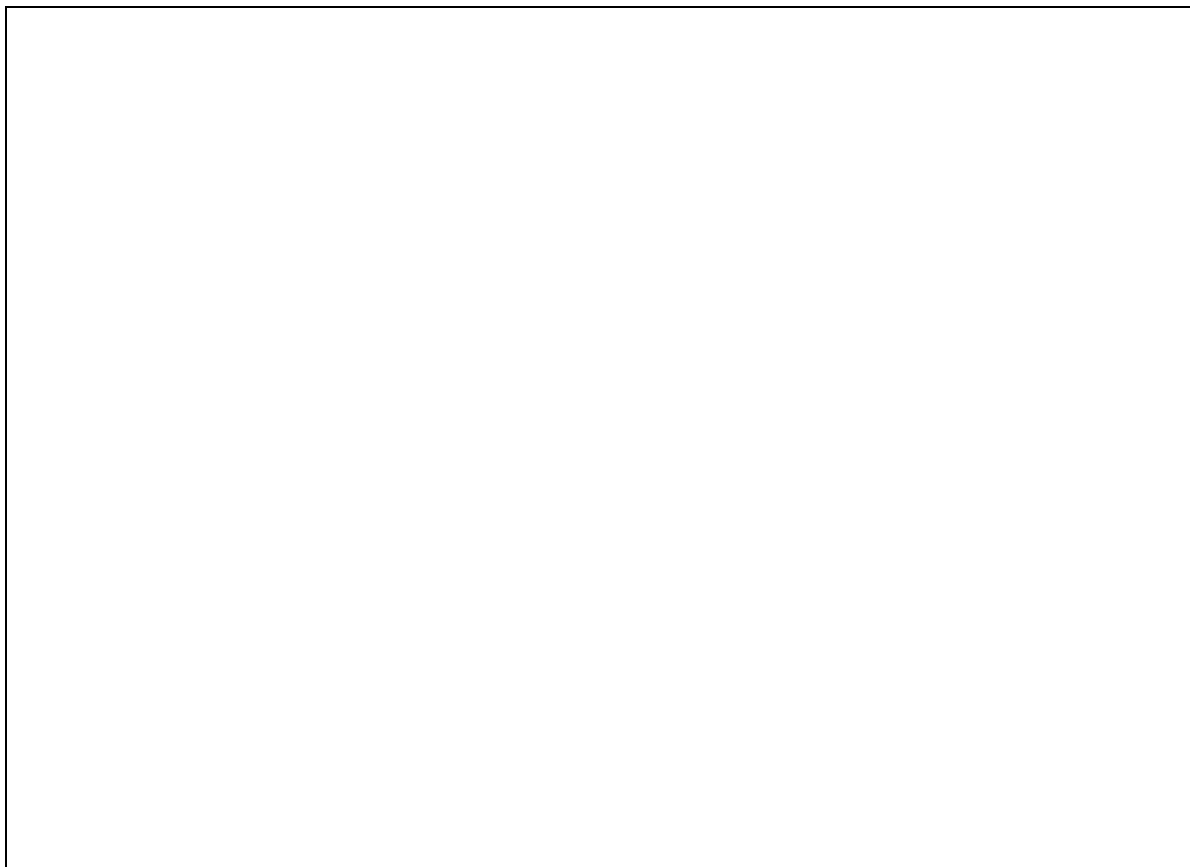
(依頼会員のみ)

ふりがな 乳児・児童氏名	生年月日	性別	続柄	園名・学校名等	備考 (アレルギー等)
1	年 月 日				
2	年 月 日				
3	年 月 日				
乳児・児童のかかり つけ医	電話番号				

(提供会員のみ)

援助活動を行 うことができ る曜日、時間 等	① 曜日 月・火・水・木・金・土・日 ( 日/週) ② 時間 : ~ :
	自動車送迎(可・否) 保育(自宅・訪問・施設) 病後児保育(自宅・訪問・施設) その他( )
資格	

自宅付近の略図



特記事項

塩尻市ファミリーサポート事業を理解し、会員としての承認事項を確認しました。

令和 年 月 日 氏名