伊豆の国市ファミリーサポートセンター入会申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 　伊豆の国市長　あて　　年　　月　　日　　下記のとおり伊豆の国市ファミリーサポートセンターへの入会を申し込みます。 | 写真添付 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  |  | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　－　　 | 電話 | （　　　　）　　　－　　　　 |
|  |
| 同居家族 | 配偶者　有・無子ども　　　人その他　　　人 | 職業 | １　被雇用者（フルタイム・パートタイム）２　事業経営（　　　　　　　　　　　　　）３　無職　　４　その他（　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| おねがい会員 | 対象児童の状況 | 児童名 | 生年月日 | 性別 | 園名・学校名 | 病歴等 |
|  | ・　・ |  |  |  |
|  | ・　・ |  |  |  |
|  | ・　・ |  |  |  |
| 主　治　医 |  | TEL（　　　）　　－ |
| 保険証種別 | 社保・国保・（　　　　） | 保険証番号 |  |
| 緊急連絡先 |  | TEL（　　　）　　－ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| まかせて会員 | 子育て経験 | 有・無 | 活動可能時間帯 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| 免許の種類と経験年数 | 保育士(　年)幼稚園教諭(　年)小学校教諭(　年)保健師(　年)看護師(　年)その他(　　　　) | 早朝(　～　時) |  |  |  |  |  |  |  |
| 午前(　～　時） |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後(　～　時) |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕方(　～　時） |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間(　～　時) |  |  |  |  |  |  |  |
| 車での送迎 | 可・不可 | ※　活動できる時間帯に○をつけ、その他の活動条件など補足説明を記入 |
| 軽度病児保育 | 可・不可 |
| 受 入 可 能対象児童年齢 | 　　～　　歳 |