

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	職業	1 被雇用者 (フルタイム・パートタイム)		
	子ども 人		2 事業経営 ()		
	その他 人		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)	早朝(~ 時)							
		幼稚園教諭(年)	午前(~ 時)							
		小学校教諭(年)	午後(~ 時)							
		保健師(年) 看護師(年) その他()	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									