**中津市ファミリー･サポート･センター**

**入会申込書（おねがい会員用）**

記載事項については、会則における事業、業務、相互援助活動のため提供･利用することに

同意し入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | 会員番号 | | | |  | |
| フリガナ |  | | | | 生年月日 | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 自宅TEL: | | | FAX： | | | 携帯TEL： | | | |
| 勤務先名 | | | | | | TEL: | | | |
| 同居家族 | 配偶者  （有・無） | 子ども　　　　　　　人  　その他　　　　　　　人 | | | | | 職業 | | 1.労働者  2.その他 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | | | 続柄 | | | | | |
| TEL: | | | | 携帯TEL: | | | | | |
| 氏名 | | | | 続柄 | | | | | |
| TEL: | | | | 携帯TEL: | | | | | |
| 援助の必要な子どもの状況 | 子どもの名前(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | 保育所・幼稚園・学校 | | | | | | |
|  | | | 名称 | | | | | | |
| 住所 | | | | TEL: | | |
| 性別 （　　 　　　　） | | | かかりつけ医院名 | | | | | | |
| 年 　 月 　 日生 | | | 住所 | | | | TEL: | | |
| 既住歴  アレルギーの有無等 | |  | | | | | | | |
|  | | | 名称 | | | | | | |
| 住所 | | | | TEL: | | |
| 性別 （　　 　　　　） | | | かかりつけ医院名 | | | | | | |
| 年 　 月 　 日生 | | | 住所 | | | | TEL: | | |
| 既住歴  アレルギーの有無等 | |  | | | | | | | |
|  | | | 名称 | | | | | | |
| 住所 | | | | TEL: | | |
| 性別 （　　 　　　　） | | | かかりつけ医院名 | | | | | | |
| 年 　 月 　 日生 | | | 住所 | | | | TEL: | | |
| 既住歴  アレルギーの有無等 | |  | | | | | | | |

※事故等の賠償は、「地域子育て支援補償保険」、「移動サービス専用自動車保険」の範囲内で対応することに同意します。

令和　　 　年　 　月　　 日

中津市ファミリー･サポート･センター　御中

氏　名

（入会申込書裏面）

個人情報の取扱に関するご案内

　中津市ファミリー・サポート・センターは、入会申し込みの際にご提供いただく個人情報につきましては、会則における事業、業務、相互援助活動のみ利用させていただきます。

　お申し込みされる方は、上記の利用目的のため提供・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。