

幕別町ファミリー・サポート・センター事業入会申込書（おねがい会員用）

		会員番号		
ふりがな			生年月日	
氏名			年 月 日	
住所	〒			
	自宅 TEL :		FAX :	
	勤務先名		携帯 :	
同居家族	配偶者 (有 無)	子ども その他	人 人	職業
緊急連絡先	名前		続柄	
	TEL :		携帯 :	
	名前		続柄	
	TEL :		携帯 :	
備考				
援助の必要な 子どもの状況	子どもの名前(ふりがな)		保育所・幼稚園・学校	
			名称	組名
			住所	電話
	年 月 日生		かかりつけ医院名	
			住所	電話
	既往歴 アレルギー 有・無 食物アレルギー () その他 ()			
			名称	組名
			住所	電話
	年 月 日生		かかりつけ医院名	
			住所	電話
	既往歴 アレルギー 有・無 食物アレルギー () その他 ()			
			名称	組名
			住所	電話
	年 月 日生		かかりつけ医院名	
			住所	電話
	既往歴 アレルギー 有・無 食物アレルギー () その他 ()			
	備考			

(裏)

個人情報の取扱いに関するご案内

幕別町ファミリー・サポート・センターは、入会申し込み時にご提供いただく個人情報を、要綱のセンター事業、アドバイザーの業務、相互援助活動のために利用させていただきます。

お申し込みされる方は、上記目的のために提供・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。

要綱における事業・業務・相互援助活動のために提供することに同意します。

年 月 日

氏名 _____