

小平市ファミリー・サポート・センター
利用会員 入会・登録票

受付日	/	送信日	/
会員番号			
登録日	西暦	年	月 日
退会日	西暦	年	月 日

太枠内記入箇所と該当の□に「○」を入れてください。(は必須)

小平市ファミリー・サポート・センター長 殿 私は以下の要件を満たし、また了承致します。 小平市ファミリー・サポート・センターの利用会員に申し込みます。	登録は「○」 全て必須
・小平市ファミリー・サポート・センターの動画①・②を全て視聴した。	<input type="checkbox"/>
・小平市在住で生後57日以上～小学校6年生までの子どもの保護者である。	<input type="checkbox"/>
・登録後は小平市ファミリー・サポート・センターの会則に従う。	<input type="checkbox"/>
・本登録票記載情報が提供会員及び必要に応じて関係機関に提供されることに同意する。	<input type="checkbox"/>
・登録の太枠内を全て記入した。	<input type="checkbox"/>

会員名 (保護者)	ふりがな こだいら さちこ 小平 幸子	西暦 1982 年 10 月 30 日生 (40) 歳
住所	〒 187 - 0031 小平市小川東町4-2-1 <input type="checkbox"/> マンション・アパート名 <input type="checkbox"/> 戸建て 元気村おがわ東マンション201 最寄り駅またはバス停 (萩山) から徒歩 5 分	子どもからみた続柄 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 携帯 090 (XXXX) XXXX アドレス 会員No.発行に必要です。 kodairagenkimura-01@□□□

勤務先	職場等連絡先の名称と電話 名称 小平市役所 電話 042 (XXX) XXXX	勤務地 小平 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 市
-----	-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

上記以外の 保護者 連絡先	氏名 続柄 ふりがな こだいら いちろう 小平 一郎 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/>	個人携帯電話 090 (XXXX) XXXX	勤務地 新宿 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 市
	勤務先名称 新宿区〇〇中学校	電話 03 (XXXX) XXXX	

氏名	性別	生年月日	保育園・幼稚園・学校名	アレルギー	脱臼	けいれん
ふりがな こだいら はなこ 小平 花子	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	西暦 2014 年 08 月 03 日	小平第〇小学校	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ふりがな こだいら たろう 小平 太郎	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	西暦 2019 年 01 月 31 日	〇〇〇保育園	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ふりがな <input type="checkbox"/>	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日	保育園・幼稚園・学校名	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

その他の同居家族 (中学生以上)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「○」有の場合 子どもからみた続柄: 年齢 (姉 : 13 歳) (祖母 : 72 歳)
---------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

ペットの飼育	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「○」有の場合 室内 (猫) 室外 ()
--------	-------------------------------------------------------	----------------------------

緊急連絡先の 保護者以外の	必ず一つはご記入下さい。		
第1	ふりがな おがわ ふくこ 氏名 小川 福子 TEL 080 (XXXX) XXXX	子どもからみた 続柄	祖母
第2	ふりがな えいこ ぶらいあんと 氏名 栄子 Bryant TEL 090 (XXXX) XXXX	子どもからみた 続柄	叔母

子どものこと・活動に関して 特に注意してほしいこと (病歴・アレルギーなど) 太郎: 卵アレルギー			
活動希望場所	<input type="checkbox"/> 利用会員宅 (自宅)	<input type="checkbox"/> 提供会員宅	<input type="checkbox"/> どちらでもよい