様式第１号（第５条関係）

入 会 申 込 書 兼 会 員 票

１　全　員

|  |  |
| --- | --- |
| 会員区分 | Ａ．依頼会員　Ｂ.提供会員　Ｃ．両方会員 |
| (ふりがな)氏　　名 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　　 年　　月　　日　（　　）歳 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　春日部市TEL　　　 　　　　　　 FAX　　　　 | 会　員　番　号　年　月　日入会写真貼付３ヶ月以内大きさ㎝　　㎝３．０×２．４センター記載欄 |
| 地域 | 地　　図 | Ｐ． 　　　　 |
| 左　・　右　 |
| 職　　業 | １　雇用労働者　ﾌﾙﾀｲﾑ・ﾊﾟｰﾄﾀｲﾑ２　自営業３　無職４　その他（　　　　　　　　） | 同居家族 | １　配偶者　有・無２　子供　　　　　人３　その他（　　　）　　　　　　　　　人 | 交通手段 | バス（　　　　　）ＪＲ・私鉄（　　）車（マイカー　）その他（　　　　） |
| 会員勤務先 | 名称　　　　　　　　　　　　 住所　　　　　　　　　　　　　　　℡　　  |
| 緊急連絡先（携帯等） | 氏名　　　　　　　　　　　　 続柄　　　　　　　　　　℡　　  |
| 氏名　　　　　　　　　　　　 続柄　　　　　　　　　　℡　　  |

２　依頼及び両方会員

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 援助が必要な児童 | ふりがな児 童 の 名 前 | 生 年 月 日（ 年 齢 ） | 性別 |  保育所(園)･幼稚園･小学校等の名称、電話番号 |
|  | 　　 年 月 　日（　 歳） | 男・女 | 　　　　　　　　　　　℡ |
|  | 　　 年 月 　日（　 歳） | 男・女 | 　　　　　　　　　　　℡ |
|  | 　　 年 月 　日（　 歳） | 男・女 | 　　　　　　　　　　　℡ |
|  | 　　 年 月 　日（　 歳） | 男・女 | 　　　　　　　　　　　℡ |
|  | 　　 年 月 　日（　 歳） | 男・女 | 　　　　　　　　　　　℡ |

３　提供及び両方会員

|  |  |
| --- | --- |
| 援助できる活動内容 | １．乳幼児及び児童の自宅受入（乳児・幼児・児童）　　２．保育施設等への送迎３．軽度の病児の自宅受入　　４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 援助できる日時 | １．週　　　日程度　　２．１日　　　時間程度　　３．概ねいつでも可能４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 時間帯　　　　　　　　　　　 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝日 | 備　考 |
| 時間 | 午前（　 ：　　～　 ：　 ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後（　 ：　　～　 ：　 ） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱの経験 | １．無　　　　　２．有 （　　　）年内容：託　児　、　老人・病人・障害者介護　、その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| * 参考

資格免許等 | １．保育士　　２．幼稚園教諭　　 ３．看護師　　４．助産師　　５．保健師６．その他（　　　　　　　　　　 ）　 |

※ 裏面もご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼会員 | かかりつけの病院等 | 名称 | 　℡　　　  |
| 名称 | 　℡　　　 |

上記のとおり、春日部市ファミリー・サポート・センターへ入会を申込みします。

 なお、入会にあたっては「春日部市ファミリー・サポート・センター設置要領」等を遵守します。

　 　　年　　月　　日

　　　　　春日部市ファミリー・サポート・センター代表 あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　年　月　日

承認年月日

承認・不承認

承認

* この欄は記入しないでください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講習会参加状況 | 基　本　研　修 | ステップアップ研修 |
| 実施日： 　　年度・第　回（　 ／　 ）内　容： | 実施日： 　　年度・第　回（　 ／　 ）内　容： |
| 実施日： 　　年度・第　回（　 ／　 ）内　容： | 実施日： 　　年度・第　回（　 ／　 ）内　容： |
| 実施日： 　　年度・第　回（　 ／　 ）内　容： | 実施日： 　　年度・第　回（　 ／　 ）内　容： |
| ＭＥＭＯ |