

## 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			センター記載欄		写真貼付	
(ふりがな)				年 月 日入会		3ヶ月以内	
氏 名				会 員 番 号		大きさ	
	男・女					cm cm	
生年月日	S・H	年	月	日 ( ) 歳		3.0×2.4	
住 所	〒			地 域	地 図	P. _____	
	春日部市					左 ・ 右	
	TEL						
	FAX						
職 業	1 雇用労働者	フルタイム・パートタイム	同居家族	1 配偶者	有・無	交通手段	バス ( )
	2 自営業			2 子供	人		JR・私鉄 ( )
	3 無職			3 その他 ( )	人		車(マイカー)
	4 その他 ( )						その他 ( )
会員勤務先	名称	住所		TEL			
緊急連絡先 (携帯等)	氏名	続柄		TEL			
	氏名	続柄		TEL			

### 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	TEL
		年 月 日 ( 歳 )	男・女	TEL
		年 月 日 ( 歳 )	男・女	TEL
		年 月 日 ( 歳 )	男・女	TEL

### 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	午前 ( : ~ : )									
間	午後 ( : ~ : )										
ボランティアの経験	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	名称	TEL
	の病院等	名称	TEL

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

承認	承認・不承認	承認年月日	年 月 日	氏 名 _____ ④
----	--------	-------	-------	-------------

※ 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		