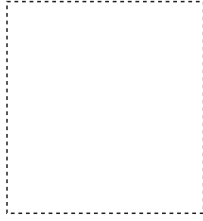


# 利用会員登録申込書

社会福祉法人  
杉並区社会福祉協議会会長 あて



## 会員番号

入会日 令和 年 月 日

退会日 令和 年 月 日

社会福祉法人杉並区社会福祉協議会杉並ファミリーサポートセンター事業実施規程を承諾し、育児の援助を受けたいので、利用会員として入会の申込みをします。

また、本入会申込書記載の個人情報が、杉並ファミリーサポートセンターの目的を達成する範囲内で、相互援助活動に利用されることに同意します。

氏名	フリガナ			性別	生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所	〒 ー			自宅 電話	留守電(有・無) FAX				
	(最寄駅)								
	(変更後) 〒 ー			携帯 電話	(変更後)				
	(最寄駅)								
勤務先	(最寄駅)			勤務先 電話	(変更後)				
	(変更後)								
	(最寄駅)								
	(変更後)								
援助を必要とするメンバー 家族(単身赴任者も)	フリ 氏	ガナ 名	続柄	生年月日	性別	勤務先、通園先、通学先及びその電話番号携帯番号			
				. .					
				. .					
				. .					
				. .					
				. .					
				. .					
緊急連絡先	フリ 氏	ガナ 名	続柄	住所(又は職場)			電話番号		
(同居の 家族以外)									

自宅案内図

保育にあたって注意してほしいこと（性格、体質、既往症など）

子どもの名前	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>アレルギーはありますか？</p><p><input type="checkbox"/> 食物（            ）                   （            ）                   （            ）</p><p><input type="checkbox"/> 動物（            ）                   （            ）</p><p><input type="checkbox"/> 植物（            ）                   （            ）</p><p><input type="checkbox"/> 薬（            ）</p><p><input type="checkbox"/> ぜんそく（            ）</p><p><input type="checkbox"/> アトピー（            ）</p><p><input type="checkbox"/> 他（            ）                   （            ）</p></div>
--------	--

事前打ち合わせの記録			
年・月・日	会員番号	名 前	依頼内容