

※本人確認書類（運転免許証等、住所・氏名・生年月日が確認できるコピー）を添付して下さい

--	--	--	--	--

入会申込書

(あて先) 千葉市子育て支援館指定管理者

次のとおり、ちばしファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。

なお、市原市及び四街道市のファミリー・サポート・センターへの入会を希望する場合は、本入会申込書を、ちばしファミリー・サポート・センターから市原市及び四街道市のファミリー・サポート・センターへ送付することについて同意します。

✓をしてください

申込日	R ○年 ○月 ○日	会員種別	<input type="checkbox"/> 提供会員 <input checked="" type="checkbox"/> 依頼会員 <input type="checkbox"/> 両方会員	
フリガナ	チ バ ハナコ	性別	男・ 女	
氏名	千葉 花子	生年月日	昭和・ 平成 (西暦でも可) 7年 1月 1日	
住所	〒260-0025 千葉市中央区問屋町1-35 ○☆マンション101号室 E-mail hana465@tiba123.jp			
電話	自宅 携帯 ・その他	090	(1234)	5678

就労の状況 (就労者のみ)	勤務先名 (株) ×○△センター 所在地 千葉市中央区1-2-3 電話 043 (5678) 1234	フルタイム ・パート 自営・その他 ()
家族構成	配偶者 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (フリガナ: 千葉 一郎 生年月日: S62年 3月 1日) <input checked="" type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input checked="" type="checkbox"/> 子ども (「子どもの状況」欄にご記入。) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ペット ()	
緊急連絡先 (申請者以外)	フリガナ: 千葉 一郎 氏名: 千葉 一郎 (申請者との関係 夫) 電話: 090 (2345) 6789	

子どもの状況					
フリガナ 氏名	チバ ダイスケ 千葉 大輔	チバ マリ 千葉 万里			
性別	男 ・女	男・ 女	男・女	男・女	男・女
生年月日 (西暦可)	平成 ・令和 26年5月1日	平成・ 令和 2年7月1日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
保育施設 ・学校等	若葉小学校 若葉子どもルーム	若葉保育園			
電話	043-000-4321	043-000-6541			
アレルギー	無 ・有	無・ 有	無・有	無・有	無・有
障害	無・ 有	無 ・有	無・有	無・有	無・有
病歴	無 ・有	無 ・有	無・有	無・有	無・有

裏面の該当箇所もご記入ください。

※依頼会員・両方会員記入欄

援助の希望	曜日	
	時間	
	内容	

※表面のアレルギー・障害・病歴欄で「有」の場合は、その内容と、援助活動時の配慮点等ありましたらご記入ください。

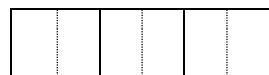
大輔 … 発達障害（ことばの遅れ）で療育に通っています。（療育手帳有）

万里 … 生卵アレルギー有。調理してあるものは大丈夫です。

※提供会員・両方会員記入欄 ← 提供・両方会員記入欄

援助できる 日時	曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	時間	<input type="checkbox"/> 早朝 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 夜間
援助できる内容	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 自宅での預かり <input type="checkbox"/> 自宅以外での預かり（依頼会員宅、他）	
資格免許等	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 教員免許（ <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 小学校教諭 <input type="checkbox"/> 中学校教諭 <input type="checkbox"/> 養護教諭） <input type="checkbox"/> 子育て支援員 <input type="checkbox"/> 普通自動車運転免許 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
ペット	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 種類（ ）	
援助活動を行う場合の 要望・意見		
基礎研修会 希望日程	第一希望	第二希望
救命講習会 希望日程	第一希望	第二希望

※記入された内容に変更があった場合は、会員登録変更届の提出が必要です。



入 会 申 込 書

(あて先) 千葉市子育て支援館指定管理者

次のとおり、ちばしファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。

なお、市原市及び四街道市のファミリー・サポート・センターへの入会を希望する場合は、本入会申込書を、ちばしファミリー・サポート・センターから市原市及び四街道市のファミリー・サポート・センターへ送付することについて同意します。

	申込日	年 月 日	会員種別	<input type="checkbox"/> 提供会員 <input type="checkbox"/> 依頼会員 <input type="checkbox"/> 両方会員	
	フリガナ			性別	男 ・ 女
	氏 名			生年月日	昭和・平成 (西暦でも可) 年 月 日
	住 所	〒 — E-mail			
	電 話	自宅・携帯・その他 ()			
就労の状況 (就労者のみ)	勤務先名	フルタイム・パート			
	所在地	自営・その他 ()			
	電 話	()			
家族構成	配偶者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (フリガナ氏名:)		生年月日:	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 子ども (「子どもの状況」欄にご記入。)			
		<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ペット ()			
緊急連絡先 (申請者以外)	フリガナ氏名	(申請者との関係)			
	電話	()			

子 ども の 状 況					
フリガナ氏名					
性別	男・女	男・女	男・女	男・女	男・女
生年月日 (西暦可)	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
保育施設 ・学校等					
電 話					
アレルギー	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
障 害	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
病 歴	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有

裏面の該当箇所もご記入ください。

