

入会申込書

(B 協力会員用)

写真

下記個人情報 は 事業、業務、相互援助活動のために
協力・利用することに同意します。

受付番号												
ふりがな												
氏名	男 女	生年月日	昭和 平成			年	月	日				
住所	〒		自宅									
		電話番号	FAX (有・無)									
			携帯電話									
			メールアドレス									
仕事の有無	有・無	勤務先						自営業				
		勤務時間	:	~	:	:	~	:				
資格・免許・受講講座	1. 看護師		同居家族	1. 配偶者 (有・無)								
	2. 保育士			氏名								
	3. 幼稚園教諭		勤務先									
	4. 保健師		TEL									
	5. 運転免許		携帯電話									
	6. 介護ヘルパー		2. 子ども	人	年令	才						
	7. 子育て支援員研修受講				年令	才						
	8. その他		3. 祖父母など	人								
	()		4. ペット	有()・無								
			5. 喫煙者	有・無								
援助できる日時	曜日	日	月	火	水	木	金	土	自宅預かり	送迎		
	時間	~						可・不可	可・不可			
備考										ミニ研修会		
										/ 修了B		
									: ~ :			

上記のとおり酒田市ファミリー・サポート・センターへ入会を申込みます。

平成 年 月 日 氏名

酒田市ファミリー・サポート・センター代表 殿