

中能登町ファミリー・サポート・センター登録申請書

中能登町長 様
 中能登町ファミリー・サポート・センター事業実施要綱第6条第1項の
 規定により、次のとおり申請します。

年 月 日
 申込者氏名 (印)
 (署名を押印に代えることができます。)

写 真
 2.5×3cm
 貼 付
 (協力会員のみに)

会員種別	1 依頼会員 2 協力会員 ※1と2をかねる場合は、両方を○で囲んでください。		
ふりがな			TEL
氏名			FAX
生年月日	年 月 日 (歳)	携帯	
住所	〒 -		
勤務先	名称 連絡先		
同居家族	配偶者 (有 ・ 無)		緊急連絡先
	子ども (人 歳 歳)	氏名	
	その他 (父 ・ 母 ・ 孫 人)	TEL	

依頼会員

対象となる 子どもの状況	ふりがな		
	氏 名		
	性別	(男 ・ 女)	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	年齢	歳	歳
	学校・保育施設等		
かかりつけの病院	病院名		
	連絡先		
援助内容 (予定)	頻度	1 単発	2 定期的
	内容	1 預かりのみ 3 送迎のみ	2 預かり+送迎 4 その他 ()

協力会員

援助できる 日時	日時	月	火	水	木	金	土	日	祝	備考
	午前 : ~ :									
援助活動に関する 希望等	内容	1 子どもの預かり			2 子どもの送迎			3 両方可		
	子どもの年齢	1 0~1歳		2 2~5歳		3 小学生				
	送迎方法	1 徒歩	2 自転車	3 バス	4 自家用車					
	病気回復時の保育	1 可			2 不可			3 要相談		
免許資格	1 保育士 2 看護師 3 幼稚園教諭 4 保健師 5 学校教諭 6 その他 (勤務最終年 年頃)					経 験				
						1 子育て 2 ボランティア 3 その他 ()				
ペット	1 有 () () () ※ (室内・屋外)									

送迎を希望される依頼会員は、自宅から学校・保育施設等までの経路を記入してください。
※目印となる施設や店舗等を書き入れてください。

