

別記様式第1号（第8条関係）

上三川町ファミリー・サポート・センター入会申込書



下記のとおり上三川町ファミリー・サポート・センターへ入会を  
 申込みます。  
 また、下記個人情報を事業の目的のために提供、利用することに  
 同意します。

年 月 日

住 所  
氏 名

印

上三川町長 様

受付番号			会員区分	<input type="checkbox"/> 依頼会員 <input type="checkbox"/> 提供会員 <input type="checkbox"/> 両方会員				
ふりがな				性別	生 年 月 日			
氏 名				男 女	年 月 日生			
住 所	〒 TEL ( )			資格 免許	免許資格 有 ・ 無 保育士 看護師 保健師 教諭 その他 ( )			
緊急連絡先	職場	同居家族		職 業	1 雇用労働者 フルタイム パート			
	携帯	配偶者	有 ・ 無 人		2 自営業 ( )			
	メール	子ども	その他 ( )		3 無職 4 その他			
援助の必要 な子どもの 状況	子どもの氏名	生年月日	保育所名・幼稚園名・学校名					
		・ ・						
		・ ・						
		・ ・						
		・ ・						
かかりつけ 医	TEL ( )							
援助できる 日時	日	月	火	水	木	金	土	
	： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：	
運転免許	有	無	備 考					

自宅周辺の地図を記入してください。

北
---

講習会参加 状										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

その他
-----

承 諾 書

1. 相互援助活動中の不慮の事故に関しては、保険の範囲を超えた賠償責任は要求しません。
2. 相互援助活動中に事故が発生したときは、速やかにセンターに報告します。
3. 相互援助活動により知り得た個人情報、他人に漏らしません。
4. 相互援助活動報酬については、町の基準を遵守します。
5. 会員証は他人に貸したり、譲渡しません。
6. 会員証を紛失したとき、又は変更が生じた場合は、速やかにセンターに届け出ます。
7. 相互援助活動中において被った疾病、感染症の感染等保険補償内容の対象とならない場合の異議申し立てを行いません。

上三川町ファミリー・サポート・センター入会に際して上記のとおり承諾いたします。

住 所

氏 名

印