年 月 日

中野市長 あて

下記のとおり中野市ファミリー・サポート・センターへ入会を申し込みます。
 ついては、中野市ファミリー・サポート・センター実施要綱を遵守し、本申込書に記載した情報が提供会員に提供されることに同意します。

入会申込書(依頼会員用)

氏 名	
住 所	中野市
生年月日・性別	年 月 日生 / 男・女
電 話 番 号 (携 帯 電 話)	
勤 務 先	電話番号
緊 急 連 絡 先 ①	名前 続柄 電話 勤務先
緊 急 連 絡 先 ②	名前 続柄 電話 勤務先
対 象 児 童	
氏 名	年 月 日生 (才) / 男・女
・	
生 年 月 日	年 月 日生 (才) / 男・女
・	
性 別	年 月 日生 (才) / 男・女
児童の被保険者であることを示す証明書 (児童の証明書のコピーを添付してください)	
記 号 番 号	(記号)
	(番号)
被 保 険 者 氏 名	
保 険 者 名 称	

中野市ファミリー・サポート依頼会員登録 調査票

受付年月日 . . .

子どもの氏名		性別	男	生年月日	年齢
保護者氏名			女	年 月 日生	
発 達	食事について(食事・おやつ摂取時間、授乳状況等)				
	睡眠について(入眠時間、お昼寝の時間帯等)				
	排泄について(オムツ有無等)				
	その他				
健 康	今までかかった病気について				
	体質について				
	アレルギーについて あり・なし 食材名: (アレルギー症状発生時の対応について)				
家 族	(勤務時間、連絡のつきやすい時間、緊急時の連絡順位等) 父について				
	母について				
	その他				
その他注意することがあれば記入してください。					

受付者名