



かけがわファミリー・サポート・センター入会申込書

年 月 日

会員種別	依 頼 会 員		*受付番号			
ふりがな 氏 名			男 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
自宅住所				電話		
勤務先						
勤務先住所				電話		
同居家族	配偶者 子ども その他	有・無 人 人	職 業	1 雇用労働者 (フルタイム・パートタイム) 2 自営業 () 3 無 職 4 その他 ()		
対象児童 の状況	ふりがな 子どもの名前	生年月日・年齢		性別	園名・学校名	病歴・障害 アレルギー等
主治医名				電話		
保険証種別	社保・国保・その他 ()			保険証番号		
緊急連絡先	1 (預ける子どもとの関係) 連絡先：電 話 () — 携帯電話 — —					
	2 (預ける子どもとの関係) 連絡先：電 話 () — 携帯電話 — —					

*は記入しなくて結構です。

上記の通り、かけがわファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。