

登録

写真
(2.7cm
× 2.4cm)

入会申込書(援助会員用)

受付番号		校区							
ふりがな		性別							
氏名		男・女	生年月日 年 月 日						
連絡先	住所: 〒	資格・免許	1. 運転免許 2. 看護師 3. 保育士 4. 幼稚園教諭 5. 保健師 6. 社会福祉士 7. ヘルパー 8. その他()						
	TEL:		FAX:						
	勤務先:		TEL:						
	公的書類等により本人確認 <input type="checkbox"/>								
緊急連絡先	名前:		続柄:						
	TEL:								
同居家族	配偶者 (有・無) 子ども 同居 人 別居 人 その他 人	職業	1. 雇用労働者(勤務時間: 2. 自営業 3. 無職 4. その他 ()						
援助可能な時間帯	※活動可能な時間帯に をしてください。								
	早朝	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	夜間
月曜日									
火曜日									
水曜日									
木曜日									
金曜日									
土曜日									
日曜・祝日									
通信欄									

大分市子育てファミリー・サポート・センターに入会したいので、「大分市子育てファミリー・サポート・センター会則第6条」の規定により、上記のとおり申し込みます。

援助活動中に生じた事故については、当事者間で解決するものとし、センターには責任を負わせません。

また、この申込書に記載した情報が、会則における事業・業務・相互援助活動のために提供・利用されることに同意します。

年 月 日

氏名

印