

※両方会員になることを希望する人は、2.3両方記入してください。

上記のとおり、名取市ファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。

　　　　　　　　　年　　　　月　　　日

名　取　 市　長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協力できる日 時 等  | 曜 日  | 日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 （週 日）  |
| 時 間  | ＡＭ／ＰＭ ： ～ＡＭ／ＰＭ ： （１日 　時間）  |
| 車 での送 迎  | 可 ・ 不可  | 軽度病時保育  | 可 ・ 不可  |

3　協力会員になることを希望する人が記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童の状況  | 子供の  | 生年月日  | 性別  | 園名・学校名  | 備考（血液型・アレルギー）  |
|   | ・ ・  | 男・女  |   |   |
|   | ・ ・  | 男・女  |   |   |
|   | ・ ・  | 男・女  |   |   |
| 主治医名  |  |  電話  |
| 健康保険証  | 社保・国保  |  | 記号番号  |    | 保険者番号及び名称  |   |
| 緊急連絡先  |  | 電話 携帯電話  |

2　利用会員になることを希望する人が記入してください。