

会 員 登 録 変 更 届

宮代町ファミリー・サポート・センター代表者 様

センター記載欄				
年 月 日 入 会				
会 員 番 号				
	—			

氏 名 _____ 印

入会申込書の記載の内容に変更がありましたので、届け出ます。

[1 全員 および 変更事項 を記載してください]

1 全 員

年 月 日

会員区分	A利用会員 B提供会員 C両方会員		
(ふりがな) 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日 () 歳		
住 所	〒 — TEL — Fax —		
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()	同居家族	1 配偶者 有・無 2 子供 人 3 その他() 人
会員勤務先	名称 TEL —		
	住所		
緊急連絡先 (携 帯 等)	氏名 続柄[] TEL		
	氏名 続柄[] TEL		

2 利用 および 両方会員

援助が 必要 な 児 童	ふりがな 児 童 の 名 前	生 年 月 日 (年 齢)	性別	保育園・幼稚園・小学校等の名称 電話番号
			年 月 日 (歳)	男・女
		年 月 日 (歳)	男・女	TEL
		年 月 日 (歳)	男・女	TEL

3 提供 および 両方会員

援助できる 活動内容	1 乳幼児及び児童の自宅受入(乳児・幼児・児童) 2 保育施設等の送迎 3 その他()											
援助できる 日時	1 週 ___日程度 2 1日___時間程度 3 概ねいつでも可能 4 その他()											
	時間帯	曜日	日	月	火	水	木	金	土	祝日	備考	
	時	午前(: ~ :)										
間	午前(: ~ :)											
ボランティア の経験	1 無 2 有 ()年 内容 : 託児・老人・病人・障がい者介護 その他()											
※参考 資格免許等	1 自動車免許 2 保育士 3 幼稚園教諭 4 小・中学校教諭 5 看護師 6 保健師 7 ヘルパー(2,3級) 8 その他()											
利用 会 員	かかりつけの病 院 等	TEL — —										
	保 険 証	1 社会保険 2 国民健康保険 3 共済組合 記号() 4 その他() 番号()										

自宅付近及び保育施設までの経路を記入してください。

