

決 裁 欄	課 長	センター長	担 当

利用会員入会申込書兼会員票 登録日 年 月 日

ふりがな 申請者氏名	_____	男 ・ 女	S ・ H	生 年 月 日	会 員 番 号
				年 月 日	
住所	〒□□□-□□□□ 所沢市				
電話・ Email	TEL : _____ 携帯 : _____ E-mail _____				
緊急連絡先	(緊急連絡先名称) _____ (TEL) _____				

援 助 を 必 要 と す る ①	ふりがな _____	保育園、幼稚園、学校等名称
	氏 名 _____ (男 女)	かかりつけ医
	(H R 年 月 日生)	(電話 _____)
アレルギー 無 ・ 有 ( _____ )		伝えておきたい事 (病歴等)

援 助 を 必 要 と す る ②	ふりがな _____	保育園、幼稚園、学校等名称
	氏 名 _____ (男 女)	かかりつけ医
	(H R 年 月 日生)	(電話 _____)
アレルギー 無 ・ 有 ( _____ )		伝えておきたい事 (病歴等)

援 助 を 必 要 と す る ③	ふりがな _____	保育園、幼稚園、学校等名称
	氏 名 _____ (男 女)	かかりつけ医
	(H R 年 月 日生)	(電話 _____)
アレルギー 無 ・ 有 ( _____ )		伝えておきたい事 (病歴等)

(単身赴任者を含む) 同居家族	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢

本人確認 (免許証・保険証・マイナンバー・その他)

「ファミリー・サポート・センターの会則を遵守いたします。  
又、この利用会員申込書兼会員票記載の情報が援助会員に提供されることに同意します。」

令和      年      月      日

氏名

\_\_\_\_\_