

依頼会員入会申込書

PCNo. h-

ふりがな			会員番号	H—	顔写真2枚 (貼らずに) *写真裏面に 名前を記載
依頼者氏名	男・女		入会	年 月 日	
生年月日	S・H	年 月 日 (歳)	退会	年 月 日	
住所等	〒 — 鎌倉市 ----- アパート・マンション等名称 <input type="checkbox"/> Tel: 有・無 (—) <input type="checkbox"/> Fax: 有・無 (—) <input type="checkbox"/> 携帯電話: () <input type="checkbox"/> 携帯-mail: () <input type="checkbox"/> PC-mail: () ※利用可能な通信はすべて記入してください。				
自宅最寄駅 バス停	駅 バス停 ----- (徒歩 約 分)		緊急 連絡先	氏名 ----- (続柄) TEL -----	
同居家族等	1 配偶者 有・無 2 子ども () 人 3 その他同居家族 () 4 ペット 有 (室内・屋外) 種別: 無		就 労 状 況	1 パート・アルバイト (勤務先 TEL) 2 フルタイム (勤務先 TEL) 3 自営業 (店名 TEL) 自宅併設・自宅外 (所在地) 4 無職 (主婦含む) 5 その他 ()	
支援希望の子どもに 点	ふりがな 名前	性別	続柄 (例:長男)	生年月日	保育園等 関係施設名
	<input type="checkbox"/>	男・女		H・R 年 月 日 (歳)	
	<input type="checkbox"/>	男・女		H・R 年 月 日 (歳)	
	<input type="checkbox"/>	男・女		H・R 年 月 日 (歳)	
	<input checked="" type="checkbox"/>	男・女		H・R 年 月 日 (歳)	
希望・確認	ペットが支援会員宅にいても (良い・良くない) 同世代の子どもが支援会員宅にいても (良い・良くない) 支援場所まで車で送迎は (できる・できない) 支援会員用の駐車スペース・①等が近隣にありますか (有・無)				ファミサポ君 入 力 地図帳記入 会員名簿記入
(あて先) 鎌倉市長 殿 上記のとおり鎌倉市ファミリーサポートセンターへ入会を申し込みます。 *記載された情報は、センター業務のために提供・使用することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 -----					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> P 担当

裏面へ続く⇒

2020年10月改訂

支援を受けるこどもについて（子どもの様子、障害者手帳・等級等）

なまえ	①	②	③
平熱	度	度	度
持病	有（ ） 無	有（ ） 無	有（ ） 無
アレルギー （例：食品・動物等）	有（具体的に） 無	有（具体的に） 無	有（具体的に） 無
備考欄			
障がいについて	有（ ） 無	有（ ） 無	有（ ） 無
手帳の有無 （等級は具体的に 記入下さい）			
症状や特徴			
備考欄			
かかりつけの 病院名			

依頼会員の健康状況：良好

通院中（病名：

通院期間：

症状：

）

手帳（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳：

等級）

※個人情報の取扱いに関するご案内

鎌倉市ファミリーサポートセンターは、入会申込時にご提供いただく個人情報を、会則第4条におけるセンターの事業、第6条におけるアドバイザーの業務、第12条における相互援助活動のために使用させていただきます。

お申し込みされる方は、上記目的のために提供・使用することにご同意いただきたくお願い申し上げます。

***本申請書類等依頼者側の情報については、目的以外使用いたしません。**