

依頼会員入会申込書

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)					
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	来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/>

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。**