

（宛先）上越市長

次のとおり上越市ファミリーサポートセンターに入会したいので、申し込みます。
つきましては、「上越市ファミリーサポートセンター事業実施要綱」を遵守します。
また、本入会申込書の記載情報が、提供会員又は依頼会員に提供されることに同意します。

1 全員が記入してください。

会員種別	依頼会員 ・ 提供会員		受付番号	※	
ふりがな		男	生年月日		地区 ※
氏 名		女	年 月 日 (歳)		
住 所	〒 -		連絡先（自宅） 電話 - -		
職 業	有 () ・ 無		上記以外の連絡先 電話 - - 【勤務先・携帯電話・その他 ()】		
同居の家族	(ふりがな) 氏 名	会員との続柄	生年月日		備 考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

2 依頼会員になることを希望する方が記入してください。

子どもの状況	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	園名・学校名	病 歴 (アレルギー等)
		年 月 日	男・女		
		年 月 日	男・女		
		年 月 日	男・女		
援助内容 ※					

3 提供会員になることを希望する方が記入してください。

提供できる日時等	曜日	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 (1週 日)			
	時間	① : ~ :	② : ~ :	(1日 時間)	
車での送迎	可 (範囲 km) ・ 不可		軽度病児の保育	可 ・ 不可	
免許の種類及びその経験年数	1 保育士 年		2 看護師 年	3 小学校教諭 年	
	4 その他 () 年				
健康状態	良 ・ 不		備考 ※		

※欄は記入しないでください。