

たじりファミリー・サポート・センター入会申込書

会員種別	援助会員	会員番号		登録日	年 月 日
(ふりがな)				男 ・ 女	生 年 月 日
氏名					
住所	〒 田尻町			資格・ 免許	保育士 看護師 幼稚園教諭 保健師 学校教諭 その他()
電話番号	自宅			職 業	1 雇用労働者 (フルタイム・パートタイム) 2 自営 3 無職 4 その他 ()
	携帯				
緊急 連絡先	氏名		関係		
	TEL				
同居家族	配偶者 なし ・ あり その他 ()			子どもの 人数・年齢	人 歳
援助できる 日時・条件	(定期的に決まっている曜日、日時などを記入してください。)				
講習会 受講歴	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/
					援助開始希望日 年 月 日から

会員希望の動機を記入してください。

***確認事項* おたずねします!**

○どのようなお子さんを預かれますか?
歳から 歳まで

①男の子

②女の子

③どちらでも

○何人までのお子さんを預かれますか?
人まで (兄弟姉妹なら 人まで)

○保育施設への送迎は可能ですか?

①不可能

②可能 → 可能な保育施設等 (

)

○車を使った送迎は可能ですか? (注): 車での事故等には、補償保険は適用されません。

①不可能

②可能 → チャイルドシートは使用できますか? (はい ・ いいえ)

○ペットを飼っていますか?

①飼っていない

②飼っている → 室内 ・ 屋外

ペットの種類 (

)

○家族に喫煙される方はいますか?

①いない

②いる → だれが喫煙しますか? (

)

*あなたの自宅周辺の地図を記入してください。

