

入会申込書兼登録書

会員種別	利用活動	No.
------	------	-----

社会福祉法人 稲城市社会福祉協議会会長 殿

平成 年 月 日

下記のとおり、稲城市ファミリー・サポート・センターへ入会を申し込みます。

申請者	フリガナ 氏名				生年月日	年 月 日 ()		
	住所	〒206-			電話			
		稲城市			ファックス			
				携帯電話				
①緊急 連絡先	利用者 (申請者)	名称				フルタイム	パート	自営
	勤務先	電話				その他()		
同居の家族	氏名		続柄	生年月日		備考		
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
ペットの有無 無 有 ()								

※利用会員のみ記入

②緊急 連絡先	氏名				③緊急 連絡先	氏名			
	続柄					続柄			
	勤務先					勤務先			
	電話					電話			
	携帯電話					携帯電話			

※活動会員のみ記入

活動可能な時間帯に ○をつけて下さい。	月	火	水	木	金	土	日	祝	資格 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> その他保育に関する経験・特技など () 活動可能項目 <input type="checkbox"/> 乳児(生後 から) <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 学童 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 預かり <input type="checkbox"/> 利用者宅での見守り <input type="checkbox"/> おやつ提供 <input type="checkbox"/> 食事提供 <input type="checkbox"/> 自家用車での送迎 <input type="checkbox"/> 病時の預かり (程度)
早朝 6時～9時									
午前 10時～12時									
午後 12時～17時									
夕方 17時～19時									
夜間 19時～22時									

※利用会員のみ記入

[援助を必要とする子ども]

年 月 日現在

氏名					男の子・女の子	
生年月日		平成 年 月 日 (歳 ヶ月)	動物 OK・NG		車	有・無・その他 ()
通所先	名称					
	電話				特記事項(既往歴・アレルギーの有無等)	
	住所					
【希望援助内容】						

に 時 分迄迎え → 活動会員宅へ 時頃お迎え予定						

氏名					男の子・女の子	
生年月日		平成 年 月 日 (歳 ヶ月)	動物 OK・NG		車	有・無・その他 ()
通所先	名称					
	電話				特記事項(既往歴・アレルギーの有無等)	
	住所					
【希望援助内容】						

に 時 分迄迎え → 活動会員宅へ 時頃お迎え予定						

個人情報の保護に関する法律について

「個人情報の保護に関する法律」の施行に伴い、本会では同法に定める義務等を履行、遵守するため、「個人情報保護に関する方針(プライバシーポリシー)」及び「個人情報保護規程」を制定し、皆さまの個人情報の保護に努めます。

今回ご記入いただきました「稲城市ファミリー・サポート・センター入会申込書」に記載された個人情報につきましては、「稲城市ファミリー・サポート・センター事業」の円滑な実施を目的とする以外には使用しないことをご約束いたします。

尚、活動会員につきましても、本会「個人情報保護規程」において「守秘義務」のある方と規定しておりますので、その旨をご理解いただいた上で、活動をしていただきますようお願い申し上げます。