

かしわファミリー・サポート・センター入会申込書兼個人情報取り扱い同意書

《利用会員用》※太枠内の記入をお願いします。

| | | | |
|---|--|---|--|
| 入会日 令和 年 月 日 退会日 令和 年 月 日 | | 縦4.5cm×横3.5cm 保護者 写真を貼って下さい 撮影: 6か月前まで | |
| 会員番号 U | | | |
| 保護者氏名 ふりがな 男・女 生年月日 昭和 年 月 日 平成 | | | |
| 住所 〒 - 電話 自宅 - - FAX - - 携帯 - - | | | |
| 就労状況 勤務先 住所 電話 - - フルタイム・パート・自営 その他() : ~ : 緊急連絡先 氏名 続柄 () 電話 - - | | | |
| 配偶者(有・無) 氏名 勤務先 電話 - - | | | |
| 妊娠中の方は、予定日をご記入ください (年 月 日) | | | |
| 子ども同居家族 | 氏名 ふりがな 性別 男・女 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 保育園・幼稚園・学校・こどもルーム 健康状態・特記事項 | | |
| | 氏名 ふりがな 性別 男・女 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 保育園・幼稚園・学校・こどもルーム 健康状態・特記事項 | | |
| | 氏名 ふりがな 性別 男・女 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 保育園・幼稚園・学校・こどもルーム 健康状態・特記事項 | | |
| | 氏名 ふりがな 性別 男・女 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 保育園・幼稚園・学校・こどもルーム 健康状態・特記事項 | | |
| | 氏名 ふりがな 性別 男・女 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 保育園・幼稚園・学校・こどもルーム 健康状態・特記事項 | | |
| | 氏名 ふりがな 性別 男・女 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 保育園・幼稚園・学校・こどもルーム 健康状態・特記事項 | | |
| その他連絡事項 | | | |
| ファミリー・サポート・センターを何処でお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> 広報 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 私は、かしわファミリー・サポート・センターの概要を了承し、裏面の10項目を確認(チェック)しましたので上記のとおり入会を申し込みます。 また、かしわファミリー・サポート・センターに会員登録をするにあたり、申込みに係る個人情報は「かしわファミリー・サポート・センターの個人情報保護に関する取扱いについて」のとおり使用することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 かしわファミリー・サポート・センター 社会福祉法人 柏市社会福祉協議会 会長 あて | | | |

<確認事項（10項目）>

参考ページ チェック

| | | |
|----------------------------------|----|--|
| ①ファミリーサポートセンターは、住民同士の助け合い活動です | 表紙 | |
| ② 援助が始まる前には、必ず協力会員との事前打ち合わせを行います | 4 | |
| ③ 援助を受けられる年齢は、生後6ヶ月から小学6年生までです | 6 | |
| ④ 援助を受けられる時間は、6時から22時までです | 6 | |
| ⑤ 発熱、体調不調など、病気のお子さんの援助はできません | 6 | |
| ⑥ 預かりの場所は、協力会員の自宅です | 6 | |
| ⑦ 原則、援助は協力会員1人に対し、お子さん1人の援助となります | 6 | |
| ⑧ 送迎の場合、送りとお迎えの援助は別の援助として考えます | 8 | |
| ⑨ 報酬は協力会員に直接支払います | 8 | |
| ⑩ 援助を取り消す場合、キャンセル料がかかる場合もあります | 8 | |

<センター記入欄>

申込書受付日 (月 日)

会員NO送付日 (月 日)

| 課長 | Gリーダー | 副主幹 | 主査 | 担当 |
|----|-------|-----|----|----|
| | | | | |

《記入例》

かしわファミリー・サポート・センター入会申込書兼個人情報取り扱い同意書

《利用会員用》※太枠内の記入をお願いします。

| | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------|---------------------------------|------------------|
| 入会日 令和 年 月 日 退会日 令和 年 月 日 | | 縦4.5cm×横3.5cm 保護者 写真を貼って下さい 撮影:6か月前まで | | | |
| 会員番号 U | | | | | |
| 保護者氏名 ふりがな かしわ はなこ 柏 花子 | 男・女 女 | 生年月日 昭和 2年5月10日 平成 | | | |
| 住所 〒 277-0000 千葉県柏市〇〇町〇-〇-〇 | 電話 自宅 04-7190-5225 FAX 04-7190-5181 携帯 090-0000-0000 | | | | |
| 就労状況 勤務先 〇〇〇会社 住所 柏市〇〇町1-2-3 電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 フルタイム・ <u>パート</u> ・自営 その他() | 緊急連絡先 氏名 柏 太朗 続柄 (夫) 電話 080-0000-0000 | | | | |
| 配偶者 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無) ふりがな かしわ たろう 氏名 柏 太朗 | 勤務先 〇〇〇会社 電話 04-7168-1034 | | | | |
| 妊娠中の方は、予定日をご記入ください (年 月 日) | | | | | |
| 子ども同居家族 | 氏名 ふりがな はる 陽 | 性別 男・女 女 | 生年月日 昭和 27年5月5日 平成 令和 | 保育園・幼稚園・学校・こどもルーム 〇〇小学校〇〇ルーム | 健康状態・特記事項 良好 |
| | ふりがな さくら 桜 | 男・女 女 | 昭和 29年4月10日 平成 令和 | 〇〇保育園 | たまごアレルギー 牛乳嫌い |
| | ふりがな | 男・女 | 昭和 年 月 日 平成 令和 | | |
| | ふりがな | 男・女 | 昭和 年 月 日 平成 令和 | | |
| | ふりがな | 男・女 | 昭和 年 月 日 平成 令和 | | |
| | ふりがな | 男・女 | 昭和 年 月 日 平成 令和 | | |

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| その他連絡事項 同居家族に祖父母あり | チェック項目、日付、氏名の記入も忘れずにお願いします。 裏面へ……。 |
|-----------------------|---------------------------------------|

ファミリー・サポート・センターを何処でお知りになりましたか？

広報
 チラシ
 ホームページ
 知人
 その他 ()

私は、かしわファミリー・サポート・センターの概要を了承し、裏面の10項目を確認(チェック)しましたので上記のとおり入会を申し込みます。

また、かしわファミリー・サポート・センターに会員登録をするにあたり、申込みに係る個人情報は「かしわファミリー・サポート・センターの個人情報保護に関する取扱いについて」のとおり使用することに同意します。

令和 元年 4 月 10 日

氏名 柏 花子

かしわファミリー・サポート・センター
 社会福祉法人 柏市社会福祉協議会 会長 あて

必ず、10項目の
確認(チェック)を
してから提出
お願いいたします。

<確認事項(10項目)>

参考ページ チェック

| | | |
|----------------------------------|----|--|
| ①ファミリーサポートセンターは、住民同士の助け合い活動です | 表紙 | |
| ② 援助が始まる前には、必ず協力会員との事前打ち合わせを行います | 4 | |
| ③ 援助を受けられる年齢は、生後6ヶ月から小学6年生までです | 6 | |
| ④ 援助を受けられる時間は、6時から22時までです | 6 | |
| ⑤ 発熱、体調不調など、病気のお子さんの援助はできません | 6 | |
| ⑥ 預かりの場所は、協力会員の自宅です | 6 | |
| ⑦ 原則、援助は協力会員1人に対し、お子さん1人の援助となります | 6 | |
| ⑧ 送迎の場合、送りとお迎えの援助は別の援助として考えます | 8 | |
| ⑨ 報酬は協力会員に直接支払います | 8 | |
| ⑩ 援助を取り消す場合、キャンセル料がかかる場合もあります | 8 | |

<センター記入欄>

申込書受付日 (月 日)

会員NO送付日 (月 日)