

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 年 月 日 退会日 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 年 月 日		
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	性別	生年月日	保育園・幼稚園・学校・こどもルーム	健康状態・特記事項
	ふりがな	男・女	年 月 日		
	ふりがな	男・女	年 月 日		
	ふりがな	男・女	年 月 日		
	ふりがな	男・女	年 月 日		
	ふりがな	男・女	年 月 日		
	ふりがな	男・女	年 月 日		
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。					
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	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 年 月 日 退会日 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 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 1990年5月10日 西暦で記入			
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 太郎 続柄 (夫) 電話 080-0000-0000				
配偶者 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無) ふりがな かしわ たろう 氏名 柏 太郎 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 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 2010年5月5日	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
	氏名 ふりがな さくら 桜	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 2017年4月10日	保育園 〇〇保育園	健康状態・特記事項 たまごアレルギー 牛乳嫌い
	氏名 ふりがな	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 年 月 日		
	氏名 ふりがな	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 年 月 日		
	氏名 ふりがな	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 年 月 日		
	氏名 ふりがな	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 年 月 日		
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ひします。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? <input type="checkbox"/> 広報 <input type="checkbox"/> チラシ <input checked="" 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。					
2020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。

参考ページ チェック

<確認事項(10項目)>

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)