利用会員・両方会員

Ｎｏ．

写　真

しもつまファミリーサポートセンター長　様

令和　　年　　月　　日

　下記の通り、しもつまファミリーサポートセンターへ入会を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 〒 | 連絡先 | 自　宅　　　　　（　　　） |
| 父携帯　　　　　（　　　） |
| 母携帯　　　　　（　　　） |
| 家族 |  | 生年月日 | 年齢 | 通園・通学・勤務先 | 勤務先℡ | 勤務時間 | 備考 |
| 父 |  |  |  |  |  | ～ |  |
| 母 |  |  |  |  |  | ～ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| かかりつけ医 | ℡ | 利用したい育児支援□　在宅支援（協力会員宅）□　在宅支援（利用会員宅）□　センター利用 |
| ℡ |
| 申込理由 | 特　記　事　項　（事務局記入欄） |
| 備　　考 |
| 　利用料の補助を申請いたします。 |  |