

板橋区ファミリー・サポート・センター事業 入会申込書

(宛先) 板橋区長

下記のとおり板橋区ファミリー・サポート・センター事業への入会を申し込みます。

つきましては、本事業活動を通じて知り得た情報の守秘義務及び「板橋区ファミリー・サポート・センター会則」を遵守いたします。また、本申込書に記載の情報が援助会員に提供されることに同意いたします。

【必須】 → (✓を入れてください) 「利用会員のみなさまへ」を確認し、制度およびルールを理解しました。【必須】 → (✓を入れてください) 「ファミリー・サポート・センター事業のQ&A」を確認しました。【必須】 → (✓を入れてください) 郵送・電子申請の場合は、申請者の本人確認書類のコピーを添付してください。

(※窓口申請の場合は、本人確認書類を窓口職員にご提示ください)

※太枠内を記入してください

申請日： 年 月 日

会員区分	利用会員	登録日： 年 月 日	会員番号		
ふりがな			性別	家族構成	
氏名				配偶者：	有・無
生年月日	西暦 年 月 日			子ども：	人
住所				その他：	人
住所	〒 -		TEL自宅：	-	-
			TEL携帯：	-	-
会員以外の緊急連絡先	氏名：		連絡先：		
	会員との続柄： <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

◆援助を必要とするお子さん（小学6年生までのお子さんを記入してください）

お子さんの名前/生年月日	性別	保育施設・学校	アレルギー・病歴・障がいなど	かかりつけ医
ふりがな：			アレルギー（無・有：）	
生年月日：西暦 年 月 日生		保育園・幼稚園・小学校	病歴（無・有：）	
障がい（無・有：） TEL/				
備考(特に注意して欲しいことなど)				
お子さんの名前/生年月日	性別	保育施設・学校	アレルギー・病歴・障がいなど	かかりつけ医
ふりがな：			アレルギー（無・有：）	
生年月日：西暦 年 月 日生		保育園・幼稚園・小学校	病歴（無・有：）	
障がい（無・有：） TEL/				
備考(特に注意して欲しいことなど)				
お子さんの名前/生年月日	性別	保育施設・学校	アレルギー・病歴・障がいなど	かかりつけ医
ふりがな：			アレルギー（無・有：）	
生年月日：西暦 年 月 日生		保育園・幼稚園・小学校	病歴（無・有：）	
障がい（無・有：） TEL/				
備考(特に注意して欲しいことなど)				

《受付日》 年 月 日

《受付者》

《受付場所》 () 児童館・保育サービス課・子ども家庭総合支援センター

電子申請・子育てサポート（窓口・郵送）

窓口処理欄	本人確認	未・済	
区処理欄	端末確認	未・済	備考