

## 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	いたばし はなこ		性別	家族構成	
氏名	板橋 花子		女	配偶者:	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
生年月日	西暦 19××年 ○月 △日			子ども:	2人
				その他:	0人
住所	〒173-0001 板橋区本町24-17 △△マンション101		TEL自宅:	03-1234-5678	
			TEL携帯:	090-8765-4321	
会員以外の緊急連絡先	氏名: 板橋 太郎		連絡先: 090-1234-5678		
	会員との続柄: <input checked="" 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: いたばし いちろう 板橋 一郎 生年月日: 西暦 ○年 ○月 ○日生	男	板橋第○ 保育園・幼稚園 <input checked="" type="checkbox"/> 小学校	アレルギー(無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: 卵アレルギー) 病歴 <input checked="" type="checkbox"/> 有: 障がい <input checked="" type="checkbox"/> 有:	△□医院 TEL/ 03-1233-4455
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: いたばし あゆみ 板橋 歩 生年月日: 西暦 ○年 ○月 ○日生	女	いたばし <input checked="" type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・小学校	アレルギー(無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: 病歴 <input checked="" type="checkbox"/> 有: 障がい <input checked="" type="checkbox"/> 有:	同上 TEL/
備考(特に注意して欲しいことなど)				

## なんでも口に入れてしまうので注意してください

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: 生年月日: 西暦 年 月 日生		保育園・幼稚園・小学校	アレルギー(無・有: 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
------	------	-----	----