

みよし市ファミリー・サポート・センター入会申込書(援助会員用)

みよし市ファミリー・サポート・センターに入会したいので、みよし市ファミリーサポートセンター事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申し込みます。なお、入会にあたっては市が定める規定並びに本事業の趣旨などを十分理解しこれを遵守します。また、この申込書に記載した情報が相互援助活動の目的で会員に提供されることに同意します。

		会員番号		****					
フリガナ	ミヨシ ハナコ		性別	男 女	写真貼付 4cm×3cm (撮影6月以内)				
会員氏名	三好 花子								
	生年月日: ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日								
住所	〒470-0224 みよし市三好町青木91								
	自宅TEL: 0561-34-2228 FAX: 0561-34-22283 携帯: 090-△△△△-△△△△								
会員以外の 緊急連絡先	氏名: 三好 太郎 (続柄) 夫 TEL: 携帯: 090-◇◇◇◇-◇◇◇◇								
同居家族	配偶者 (有 無) 同居家族 3 人 (内子どもの人数 2 人) ペット等: いない いる (犬) 屋内 屋外		子どもの生年月日	性別	学校名等				
			R2年 10月 3日	男	天王保育園				
			R5年 11月 5日	女					
			年 月 日						
援助できる 曜日・時間 帯に、↑ を記入して ください。 週により予 定が異なる 場合等あら かじめ届出 として備考 欄に詳細を ご記入下さ い。	時間帯	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日
	早朝								
	6:00	↑		↑		↑			
	8:00								
	10:00								
	12:00								
	14:00	↓		↓		↓			
	16:00								
	18:00								
	夜間								
備考									
有資格	看護師 保育士 教諭 その他()								
活動 可能な 内容	☒ 自宅での預かり ☒ 子育てふれあい広場での預かり ☐ 依頼会員宅での預かり ☒ 保育園・児童クラブ・習い事などの送迎 (☒ 車 (市内、市外) ☒ 徒歩) ☐ 病児・病後児預かりサポート ☐ その他()								

体調に関して自覚症状がありますか。

I 最近続いている自覚症状 ※該当する項目の（ ）の内に○を付けてください。

1. (☐) アレルギー性鼻炎・花粉症 5. (☐) 耳鳴り・難聴
2. (☐) アトピー・じんましん 6. (☐) 胃痛・胸やけ・吐気
3. (☐) 咳・息切れ・喘息 7. (☐) 便秘・下痢
4. (☐) 頭痛・めまい 8. (☐) その他 ()

Ⅱ 現在治療している病気がある方は病名をご記入ください。病名_____（薬の服用 有・無）

Ⅲ 生活習慣 () 内に該当する番号をご記入ください。

1. 食欲 (ある ない)
2. 運動 (毎日する たまにする 全くしない)
3. 睡眠 (眠れる 眠れない)

※この問診票は心身の健康状態を把握し、適切な援助活動ができるかを把握するものであり、みよし市「個人情報保護条例」を遵守して安全に管理します。

日 時	特 記 事 項
／	
／	
／	
／	
／	

☆ 以下はセンターが記入します。

memo

会員番号

入会日 年 月 日

退会日 年 月 日