

# 江戸川区ファミリーサポートの会入会申込書 <依頼会員>

(★WEB入会用)

★下記、申請時添付書類をチェックご確認の上、郵送提出して下さい。

- 依頼会員入会申込書（本紙）
- 入会に関する確認書
- 住所確認用、ご本人確認書類

|            |  |                   |            |          |
|------------|--|-------------------|------------|----------|
|            |  | 会員番号<br>(※センター記入) |            |          |
| ふりがな       |  |                   | 性別         | 家族構成     |
| 氏名         | 西暦 年 月 日   |                   | 男・女        | 配偶者： 有・無 |
|            |  |                   |            | 子ども： 人   |
|            |  |                   |            | その他： 人   |
| 住所         | 〒 - TEL自宅： - -   |                   | TEL携帯： - - |          |
| Eメール       |  |                   |            |          |
| 会員の勤務先     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり              | 名称：               | TEL：       |          |
| 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の状況

| お子さんの名前/生年月日            | 性別  | 保育施設・学校など   | アレルギー・疾患・障害など                    | かかりつけ医 |
|-------------------------|-----|-------------|----------------------------------|--------|
| ふりがな：<br>生年月日：西暦 年 月 日生 | 男・女 | 保育園・幼稚園・小学校 | アレルギー(無・有：<br>疾患(無・有：<br>障害(無・有： |        |
| 備考：                     |     |             |                                  |        |
| ふりがな：<br>生年月日：西暦 年 月 日生 | 男・女 | 保育園・幼稚園・小学校 | アレルギー(無・有：<br>疾患(無・有：<br>障害(無・有： |        |
| 備考：                     |     |             |                                  |        |
| ふりがな：<br>生年月日：西暦 年 月 日生 | 男・女 | 保育園・幼稚園・小学校 | アレルギー(無・有：<br>疾患(無・有：<br>障害(無・有： |        |
| 備考：                     |     |             |                                  |        |

## ファミリーサポートの会代表者 殿

上記のとおり江戸川区ファミリーサポートの会への入会を申し込みます。  
 ついては、本申込書記載の情報が協力会員に提供されることに同意いたします。 年 月 日  
 また、本事業の活動を通じて知り得た情報の守秘義務を守り、  
 「江戸川区ファミリーサポートの会会則」に定めることを遵守いたします。 署名： \_\_\_\_\_

◆会員登録後、援助を受けたい日時が決まったら、お電話でセンターのアドバイザーにお申込み下さい。  
 入会申込みとは別の手続きが必要です。(お急ぎの場合は、別途お電話でご相談下さい。)

|        |   |
|--------|---|
| 主な援助内容 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保育園、幼稚園、小学校等の開始前または終了後の預かり</li> <li>・ 保育園、幼稚園、小学校等への送迎</li> <li>・ 一時的な預かり</li> </ul> |
|--------|---|

※センター記入欄

|      |             |    |  |
|------|-------------|----|--|
| 本人確認 | 免・在・マイ・他（ ） | 登録 |  |
|------|-------------|----|--|

# 江戸川区ファミリーサポートの会入会申込書 <依頼会員> 【書き方見本】

|            |   |                            |   |
|------------|---|----------------------------|---|
|            |   | 会員番号<br>(※センター記入)          |   |
| ふりがな       | えどがわ みずえ  | 性別                         | 家族構成  |
| 氏名         | 江戸川 瑞江  | 男・女<br>男・ <b>女</b>         | 配偶者：<br><input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 生年月日       | 西暦 1990 年 7 月 7 日   |                            | 子ども：<br>2 人   |
| 住所         | 〒 〇〇〇-●●●●<br>江戸川区中央●-●-●   | TEL自宅：<br>03 - **** - **** | その他：<br>人   |
| Eメール       | ◆◆◆◆◆@~~~~.~~.~~  |                            |   |
| 会員の勤務先     | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり                  | 名称：<br>(株)○△□              | TEL：<br>03 - **** - ****  |
| 会員以外の緊急連絡先 | 氏名：<br>江戸川 太郎   |                            | 連絡先：<br>090 - **** - ****   |
|            | 会員との続柄：<br><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の状況

| お子さんの名前/生年月日                                       | 性別              | 保育施設・学校など                  | アレルギー・疾患・障害など                                    | かかりつけ医 |
|--|-----------------|----------------------------|--|--------|
| ふりがな： えどがわ はな<br>江戸川 花<br>生年月日：西暦 2015 年 3 月 3 日生  | 男・女<br><b>女</b> | △△△<br>保育園・幼稚園・ <b>小学校</b> | アレルギー(無・ <b>有</b> 卵、そば )<br>疾患(無・有 )<br>障害(無・有 ) | 〇〇医院   |
| 備考：  |                 |                            |  |        |
| ふりがな： えどがわ いつき<br>江戸川 樹<br>生年月日：西暦 2018 年 5 月 5 日生 | 男・女<br><b>男</b> | 〇〇〇<br><b>保育園</b> 幼稚園・小学校  | アレルギー(無・有 )<br>疾患(無・有 )<br>障害(無・有 )              | 〇〇医院   |
| 備考：  |                 |                            |  |        |
| ふりがな：<br>生年月日：西暦 年 月 日生                            | 男・女             | 保育園・幼稚園・小学校                | アレルギー(無・有 )<br>疾患(無・有 )<br>障害(無・有 )              |        |
| 備考：  |                 |                            |  |        |

## ファミリーサポートの会代表者 殿

上記のとおり江戸川区ファミリーサポートの会への入会を申し込みます。  
 ついては、本申込書記載の情報が協力会員に提供されることに同意いたします。 2022 年 5 月 12 日  
 また、本事業の活動を通じて知り得た情報の守秘義務を守り、  
 「江戸川区ファミリーサポートの会会則」に定めることを遵守いたします。 署名： 江戸川 瑞江

◆会員登録後、援助を受けたい日時が決まったら、お電話でセンターのアドバイザーにお申込み下さい。  
 入会申込みとは別の手続きが必要です。(お急ぎの場合は、別途お電話でご相談下さい。)

|        |   |
|--------|---|
| 主な援助内容 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保育園・幼稚園・小学校等の開始前または終了後の預かり</li> <li>・ 保育園・幼稚園・小学校等への送迎</li> <li>・ 一時的な預かり</li> </ul> |
|--------|---|

## ※センター記入欄

|      |              |    |  |
|------|--------------|----|--|
| 本人確認 | 免・在・マ付・他 ( ) | 登録 |  |
|------|--------------|----|--|