

入会申込書(おねがい会員)

会員
番号

ふりがな			生年月日	子どもからみた続柄
保護者氏名			西暦 年 月 日	母 父 祖母 祖父 その他()
住 所	〒 - 自宅TEL() FAX番号()			
携帯電話番号		携帯メール		
職 業 形 態	1. 主婦 2. 正社員 3. パート 4. 求職活動中 5. その他()			
勤 務 先 名			勤務先 電話	
配偶者	有・無	同居家族	(子ども 人)・(その他 人)	
その他緊急連絡先	①		②	
名 前	続柄()		続柄()	
TEL				
携帯TEL				
勤務先	TEL()		TEL()	
子どもの情報	①		②	
ふりがな				
子どもの名前				
生年月日	西暦 20 年 月 日生	西暦 20 年 月 日生	西暦 20 年 月 日生	
年齢・性別	歳 ヶ月(男・女)	歳 ヶ月(男・女)	歳 ヶ月(男・女)	
保育園学校等名称				
所在地				
電 話				
アレルギー等 注意してほしいこと				
主な援助内容				
備 考				

上記の個人情報を、ファミリーサポートセンターの相互援助活動のために利用することを同意いたします。

氏 名
(自 署)

本人確認(氏名・住所・生年月日)

(裏)

同意書

石垣市長 様

私は、石垣市ファミリーサポートセンター病児・病後児の援助活動を利用するにあたり、次の内容について同意いたします。

- 1 利用の際は、かかりつけ医に受診し、病状連絡・投薬依頼書を提出すること。
- 2 預かりの間は、常に連絡のつくようにしておくこと。
- 3 かかりつけ医に受診した後であっても、利用当日の病状悪化により、利用できない場合があること。

また、子どもの病状が急変し、援助活動の継続が困難と判断された場合は、お助け会員からの連絡により利用途中であっても迎えに来ること。

- 4 子どもの症状が急激に悪化した緊急時にお願い会員に連絡がつかない場合は、センターの判断によりお助け会員が医療機関に搬送を行い、受診・治療措置が行われる場合があること。

なお、その発生する医療費は、お願い会員負担とする。

- 5 医師からの受診結果や指示は正確にお助け会員に伝えること。
- 6 預かりの予定時間は、厳守すること。
- 7 万一の事故については、石垣市ファミリーサポートセンターが加入する保険をもって全ての解決を行うこと。
- 8 登録及び利用申請において石垣市ファミリーサポートセンターが知り得た情報は病児・病後児援助活動の範囲内において、お助け会員に提供されること。

また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。

子どもの名前	かかりつけ医	所在地・電話
		☎
		☎
		☎

氏 名

(自 署)

石垣市ファミリーサポートセンター