

様式第2号(第6条関係)

石垣市長 様

年 月 日

下記のとおり、「石垣市ファミリーサポートセンター」への入会します。

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	〒 -		
電話番号			
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			
勤務先	TEL()		TEL()
子どもの情報	①		②
ふりがな			③
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			

個人情報の取扱いについて(同意)

石垣市ファミリーサポートセンターは、入会申込時にご提供いただく個人情報を、石垣市ファミリーサポートセンター事業実施要綱第4条に規定するセンターの業務、第10条に規定するアドバイザー、第11条に規定する地域リーダーの業務及び第12条に規定する相互援助活動のために利用させていただきます。

お申込みされる方は、センターが上記目的のために個人情報を提供及び利用することについて、ご同意いただきたくお願い申し上げます。

私は、センターが事業実施のため、私及び私の家族の個人情報を提供及び利用することに同意します。

氏名(自署)

本人確認(氏名・住所・生年月日)

石垣市ファミリーサポートセンター