

# 入会申込書 (依頼会員用)

会則における事業・業務・相互援助活動のために提供・利用することに同意します。		会員 番号	
ふりがな		生年月日	性別
氏名		平成・昭和 年 月 日	男 女
住所	〒 自治会名 ( )		
	自宅TEL:	FAX:	携帯:
	勤務先名	TEL:	
同居家族	名前	続柄	就労状況
	名前	続柄	就労状況
	名前	続柄	就労状況
緊急連絡先	名前		続柄
	TEL:	携帯:	
	名前		続柄
	TEL:	携帯:	
申請項目	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ダブルケア世帯		
援助の必要な 子どもの状況	子どもの名前 (ふりがな)		保育園・学校
			名称
			住所 TEL:
	性別 (男 女)		かかりつけ医院名
	年 月 日生		住所 TEL:
	既往歴 (アレルギーの有無等)		
	子どもの名前 (ふりがな)		保育園・学校
			名称
			住所 TEL:
	性別 (男 女)		かかりつけ医院名
	年 月 日生		住所 TEL:
	既往歴 (アレルギーの有無等)		
	子どもの名前 (ふりがな)		保育園・学校
			名称
			住所 TEL:
	性別 (男 女)		かかりつけ医院名
年 月 日生		住所 TEL:	
既往歴 (アレルギーの有無等)			