

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	昭和・平成 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"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ダブルケア世帯 <input type="checkbox"/> 障害児世帯 <input type="checkbox"/> 多胎児世帯		
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) 年 月 日生		かかりつけ医院名
			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) 年 月 日生		かかりつけ医院名
			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) 年 月 日生		かかりつけ医院名
		住所 TEL :	
既往歴 (アレルギーの有無等)			