様式第２号（第９条関係）

入会申込書（依頼会員用）

伊賀市長　様　　年　　月　　日

下記のとおり、伊賀市ファミリー・サポート・センターへ入会を申し込みます。
本入会書に記述されている内容について、相互援助活動のために提供・利用することに同意します。

写　真
3.0×2.5

会員番号	

ふりがな				生年月日		
氏　名				年　月　日		
住所	〒					
	自宅電話		自宅ＦＡＸ		携帯電話	
	勤務先名				電話番号	
緊急連絡先	名前				続柄	
	電話			携帯電話		
	名前				続柄	
	電話			携帯電話		
援助の必要な子どもの状況	名前	ふりがな	保育所（園）・幼稚園・学校	電話：		
	性別	男　・　女	かかりつけ医	電話：		
	生年月日	年　月　日生	既往歴アレルギーの有無等			
	名前	ふりがな	保育所（園）・幼稚園・学校	電話：		
	性別	男　・　女	かかりつけ医	電話：		
	生年月日	年　月　日生	既往歴アレルギーの有無等			
	名前	ふりがな	保育所（園）・幼稚園・学校	電話：		
	性別	男　・　女	かかりつけ医	電話：		
	生年月日	年　月　日生	既往歴アレルギーの有無等			

同居家族	氏名	生年月日	続柄	勤務先・連絡先