

入会申込書（おねがい会員用）

会員番号

※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。

ふりがな				生年月日	性別
氏名				昭和 年 月 日生 平成 年 月 日生	男・女
会員情報	〒				
	自宅電話			携帯電話	
	FAX/MAIL				
	職業/勤務先				
同居家族	配偶者	有・無	家族構成	人(うち子ども 人)	
緊急時の連絡先	①名前			続柄	
	TEL			携帯電話	
	②名前			続柄	
	TEL			携帯電話	
利用料援助 助成世帯	<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"/> ダブルケア負担の世帯				
お子さんの状況	(ふりがな) ①子どもの名前				
	性別	男・女	生年月日	年 月 日生	
	保育所・幼稚園 学校名			かかりつけの 病院	
	既往歴、 アレルギー等				
	(ふりがな) ②子どもの名前				
	性別	男・女	生年月日	年 月 日生	
	保育所・幼稚園 学校名			かかりつけの 病院	
	既往歴、 アレルギー等				
	(ふりがな) ③子どもの名前				
	性別	男・女	生年月日	年 月 日生	
	保育所・幼稚園 学校名			かかりつけの 病院	
	既往歴、 アレルギー等				
【MEMO】					