

入会申込書(依頼会員用)

記載事項について、会則における相互援助活動のために協力会員及び該当地区サブリーダーに提供・利用することを承諾します。

		会員 番号			病児
ふりがな			生年月日	性別	
氏名			平成・昭和 年 月 日	男 女	
住所	〒				
	TEL:(自宅)		(携帯)	FAX:	
仕事の有無	有(フルタイム)・有(パート)・無		勤務先:		
			TEL:		
同居家族	子ども	人(年齢:)		配偶者 (有 無)
	その他	人(続柄:)		
緊急連絡先 (ご本人 以外)	名前 (会員からみた)続柄				
	Tel:		携帯		
	名前 (会員からみた)続柄				
	Tel:		携帯		
援助の必要 がある子ども	子どもの名前	ふりがな	在籍保育園・幼稚園・学校		
			名称		
			Tel:		
	性別	男・女			
	生年月日	年 月 日	かかりつけ医	Tel:	
	(歳 力 日)		かかりつけ医	Tel:	
	既往症	無・有()	障がいの有無	無・有()	
	アレルギーの有無	無・有()			
	その他	気をつけて欲しいこと			
	子どもの名前	ふりがな	在籍保育園・幼稚園・学校		
			名称		
			Tel:		
	性別	男・女			
	生年月日	年 月 日	かかりつけ医	Tel:	
(歳 力 日)		かかりつけ医	Tel:		
既往症	無・有()	障がいの有無	無・有()		
アレルギーの有無	無・有()				
その他	気をつけて欲しいこと				
備考					