

入会申込書(依頼会員用)

一般 ・ 病児

記載事項について、会則における相互援助活動のために提供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。

区役所受付No.		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	〒 校区		小学校区 中学校区
	TEL:(自宅)	(携帯)	FAX:
	メールアドレス:(携帯)		(PC)
仕事の有無	有(フルタイム)・有(パート)・無	勤務先:	
		TEL:	
同居家族	配偶者 (有 無)	子ども 人(年齢:) その他 人(続柄:)	
	名前		続柄
緊急連絡先	TEL: 携帯		
	名前		続柄
TEL: 携帯			
	子どもの名前	性別	生年月日
ふりがな	男・女	年 月 日(歳)	血液型
保育所・幼稚園・学校		かかりつけ医院名	
名称	TEL	名称	TEL
住所		住所	
名称	TEL	名称	TEL
住所		住所	
アレルギーについて: 無・有		食物アレルギー() その他のアレルギー()	
平熱:	性格:		
好きな食べ物・おやつ:			
食べられないもの(食事・おやつ):			
睡眠: 午睡(お昼寝) しない・する (時~ 時頃)			
排泄: 一人のできる・できない(おむつ)			
好きな遊び:			
子どもの癖:			
気をつけて欲しいこと:			
薬について: 粉薬(散薬)・水薬・錠剤 (飲める薬に○を付けてください)			
その他:			
既往症			
障がい	有・無	有の場合、内容:	
その他 確認事項	① 活動の可能性がある時間帯()		
	② 登録している病児保育室()		
	③ その他		