

## 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:			
		<input type="checkbox"/> 単身赴任			
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 ( 歳 力月)	かかりつけ医		Tel:	
		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 ( 歳 力月)	かかりつけ医		Tel:	
		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					