

## 入会申込書(協力会員用)

記載事項について、会則における相互援助活動のために依頼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	(印)		平成・昭和 年 月 日(歳)					男 女		
住所	〒									
	TEL:(自宅)			(携帯)			FAX:			
緊急連絡先	名前					続柄				
	TEL:					携帯				
	名前					続柄				
	TEL:					携帯				
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)		資 格 ・ 免 許	協 力 で き る 内 容	一 般	1.子どもの保育				
	子ども	人				2.保育園等への送迎				
	(歳)	(歳)				3.車での送迎				
	(歳)	(歳)				4.障がい児の保育				
	(歳)	(歳)			病 児	1.病児の保育				
(歳)	(歳)					2.病児の送迎				
	(歳)	(歳)				3.車での送迎				
	(歳)	(歳)				4.医療機関への受診代行				
ペット	なし・犬(室内・室外)・猫(室内・室外)・その他( )									
援助できる日	曜日		日	月	火	水	木	金	土	祝日
	時間	早朝								
		午前								
		午後								
		夜間(18:00~)								
備考										