

(写真貼付)

面談の際写真を撮影いたします

相馬市もりっこサポート事業会員登録申請書
 <おねがい会員>

| | | | | | | | | | | |
|-----------|--------|--------------------------------|----|------------|-----------|------------|------|--|------------|--|
| 受付番号 | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | (男、女) | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年 月 日 () 歳 | | | | 担当コーディネーター | | | | |
| 子どもの氏名・年齢 | | ふりがな 氏名 (歳 カ月), 氏名 (歳 カ月) | | | | | | | | |
| 子どもの特徴 | | | | | | | | | | |
| 自宅 | 住所 〒 | | | | 携帯電話番号 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | 電子メールアドレス | | | | | |
| | ファクシミリ | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 職業 | | | | 所在地 | | | | | |
| | 名称 | | | | 電話番号 | | | | | |
| 緊急連絡先 | 1 | 氏名 | | 会員との続柄 () | | 2 | 氏名 | | 会員との続柄 () | |
| | | 勤務先 | | | | | 勤務先 | | | |
| | | 電話番号 | | | | | 電話番号 | | | |
| 家族構成 | 続柄 | 年齢/月 | 名前 | | 続柄 | 年齢/月 | 名前 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

* 太枠の中を記入してください。

相馬市長

上記のとおり相馬市もりっこサポート事業への入会を申し込みます。
 また、この申請書に記載した情報が相互援助の目的に提供されることに同意します。

年 月 日

氏 名

| | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| (愛称) | () | () | () |
| 性別 | 男・女 | 男・女 | 男・女 |
| 生年月日 | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 |
| 年齢 | 歳 ヶ月 | 歳 ヶ月 | 歳 ヶ月 |
| 保育施設等 | | | |
| 健康上 留意点 | アレルギー あり(なし | アレルギー あり(なし | アレルギー あり(なし |
| 子 ど も の 情 報 | 排泄 自立 補助 オムツ | 排泄 自立 補助 オムツ | 排泄 自立 補助 オムツ |
| | 午睡 習慣がある() 時々 ない | 午睡 習慣がある() 時々 ない | 午睡 習慣がある() 時々 ない |
| | 好きな食べ物 | 好きな食べ物 | 好きな食べ物 |
| | 好きな遊び | 好きな遊び | 好きな遊び |
| | 子どもの特徴・くせ | 子どもの特徴・くせ | 子どもの特徴・くせ |
| | かかりつけの病院名 | かかりつけの病院名 | かかりつけの病院名 |
| | 小児科 | 小児科 | 小児科 |
| | TEL | TEL | TEL |
| | 外科 | 外科 | 外科 |
| | TEL | TEL | TEL |
| 皮膚科 | 皮膚科 | 皮膚科 | |
| TEL | TEL | TEL | |
| その他 | その他 | その他 | |