

決 裁 欄	課 長	センター長	担 当

## 利用会員入会申込書兼会員票

ふりがな 申 請 者 氏 名			男 ・ 女	生 年 月 日		登 録 日		
				S ・ H	年 月 日		年 月 日	
					年 月 日		会 員 番 号	
					年 月 日		□ □ □ □	
住所	〒□□□□-□□□□							
連絡先	住所 _____ _____ 自宅電話： _____ 携帯電話： _____ FAX： _____ E-mail： _____ 緊急連絡先：（名前） _____ (TEL ) _____ 緊急連絡先：（名前） _____ (TEL ) _____							
援助を必要とするこども	ふりがな 氏 名	性別	生 年 月 日		保育園・学校等	病歴・アレルギー等		
			H ・ R 年 月 日					
			H ・ R 年 月 日					
			H ・ R 年 月 日					
同 居 家 族	氏 名		年齢	氏 名			年齢	

担当者：

様式第1号（その1）

こどもの氏名・愛称（ _____ ） 出生時の状態について ○体重 _____ g    ○身長 _____ cm ○出生 第 _____ 子 ○分娩の経過 正常・異常・逆子・吸引・帝王切開 普段の睡眠について ○お風寝の時間 _____ : ~ _____ : / _____ : ~ _____ : ○起床時間 _____ :    ○就寝時間 _____ : ○寝かせつけ方( _____ ) <small>(おんぶ・だっこ等)</small> ○寝ぐずりは 有る・ない 日常動作について ○着替え 介助・自立    ○歯磨き 介助・自立 ○排泄 おむつ・トレーニング中・自立 ○歩行 ねがえり・足蹴り移動・はいはい・つかまり立ち つかまり歩行・よろよろとした歩行・歩行可 ○食事 介助・自立 (ミルク・離乳食・普通食) <small>(母乳・混合・粉ミルク)</small> ○移動 おんぶ・抱っこ・バギー・歩行・その他( _____ ) その他について ○脱臼の癖が 有る・ない    ○ひきつけ 有る・ない ○かかりつけ医( _____ TEL: _____ ) ○心配な事・注意してほしい事  [ _____ ]	こどもの氏名・愛称（ _____ ） 出生時の状態について ○体重 _____ g    ○身長 _____ cm ○出生 第 _____ 子 ○分娩の経過 正常・異常・逆子・吸引・帝王切開 普段の睡眠について ○お風寝の時間 _____ : ~ _____ : / _____ : ~ _____ : ○起床時間 _____ :    ○就寝時間 _____ : ○寝かせつけ方( _____ ) <small>(おんぶ・だっこ等)</small> ○寝ぐずりは 有る・ない 日常動作について ○着替え 介助・自立    ○歯磨き 介助・自立 ○排泄 おむつ・トレーニング中・自立 ○歩行 ねがえり・足蹴り移動・はいはい・つかまり立ち つかまり歩行・よろよろとした歩行・歩行可 ○食事 介助・自立 (ミルク・離乳食・普通食) <small>(母乳・混合・粉ミルク)</small> ○移動 おんぶ・抱っこ・バギー・歩行・その他( _____ ) その他について ○脱臼の癖が 有る・ない    ○ひきつけ 有る・ない ○かかりつけ医( _____ TEL: _____ ) ○心配な事・注意してほしい事  [ _____ ]
こどもの 健康保険証	記号一番号/保険者番号 _____ 被保険者 _____ 保険者 _____

上記のとおり所沢市ファミリー・サポート・センターへ入会を申し込みます。  
 つきましては、「所沢市ファミリー・サポート・センター会則」を遵守いたします。  
 また、この利用会員申込書兼会員票記載の情報が援助会員に提供されることに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

所沢市ファミリー・サポート・センター様

担当者: