

南あわじ市長 様

入会申込書 (依頼会員用)

提供する個人情報を、相互援助活動に利用することに同意します。

		会員番号	
ふりがな		生年月日	性別
氏名		年 月 日	男・女
住所	〒		
	自宅 TEL :	FAX :	携帯 :
職業	有 ・ 無	勤務先名	TEL :
同居家族	配偶者 (有 ・ 無)	子ども 人	その他 人
緊急連絡先	名前		続柄
	TEL :		携帯 :
	名前		続柄
	TEL :		携帯 :
備考			
援助の必要な子どもの状況	1	子どもの名前	保育所・幼稚園・学校
			名称
			住所 TEL :
		性別 (男 女) 年 月 日生	かかりつけ医院名
			住所 TEL :
		既往歴、アレルギーの有無等	
	2	子どもの名前	保育所・幼稚園・学校
			名称
			住所 TEL :
		性別 (男 女) 年 月 日生	かかりつけ医院名
			住所 TEL :
		既往歴、アレルギーの有無等	
	3	子どもの名前	保育所・幼稚園・学校
			名称
			住所 TEL :
		性別 (男 女) 年 月 日生	かかりつけ医院名
		住所 TEL :	
	既往歴、アレルギーの有無等		