

様式第1号（第8条関係）

小川町ファミリーサポートセンター入会申込書

（全会員記入欄）

年 月 日

会員区分	<input type="checkbox"/> 提供会員 <input type="checkbox"/> 利用会員 <input type="checkbox"/> 提供会員兼利用会員		
ふりがな			緊急時連絡先
氏名 生年月日	年 月 日		名称 電話
住所	〒 電話		
勤務先	電話		
家族	配偶者 有・無 子ども（ 人） その他の同居人（ 人）		

（提供会員記入欄）

援助内容	<input type="checkbox"/> 育児の援助 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 病児・病後児預かり			
援助対象	<input type="checkbox"/> 0歳児 <input type="checkbox"/> 1、2歳児 <input type="checkbox"/> 3歳から小学校就学前 <input type="checkbox"/> 小学生			
援助可能日時等	日	月	火	水
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
	木	金	土	備考
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	ペット(□有□無) 種類等
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	
免許資格				

（利用会員記入欄）

援助の必要な児童	ふりがな 児童の氏名	生年月日	保育所、幼稚園、小学校、学童クラブ等の名称	
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
かかりつけ医院	医院名			
	住所		電話	
被保険者氏名	医療保険の名称及び記号・番号			

※ センター記入欄

受付番号	—	—	入会	年 月 日
会員番号	—	—	退会	年 月 日

小川町ファミリーサポートセンター会員登録変更届

（全会員記入欄）

年 月 日

会員区分	<input type="checkbox"/> 提供会員 <input type="checkbox"/> 利用会員 <input type="checkbox"/> 提供会員兼利用会員		
ふりがな			緊急時連絡先
氏名 生年月日	年 月 日		名称 電話
住所	〒 電話		
勤務先	電話		
家族	配偶者 有・無 子ども（ 人） その他の同居人（ 人）		

（提供会員記入欄）

援助内容	<input type="checkbox"/> 育児の援助 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 病児・病後児預かり			
援助対象	<input type="checkbox"/> 0歳児 <input type="checkbox"/> 1、2歳児 <input type="checkbox"/> 3歳から小学校就学前 <input type="checkbox"/> 小学生			
援助可能日時等	日	月	火	水
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
	木	金	土	備考
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	ペット(□有□無) 種類等
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	
免許資格				

（利用会員記入欄）

援助の必要な児童	ふりがな 児童の氏名	生年月日	保育所、幼稚園、小学校、学童クラブ等の名称	
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
かかりつけ医院	医院名			
	住所		電話	
被保険者氏名	医療保険の名称及び記号・番号			

※ センター記入欄

受付番号	—	—	入会	年 月 日
会員番号	—	—	退会	年 月 日

退 会 届

年 月 日

小川町ファミリーサポートセンター
代表者 宛て

住所

氏名

印

会員区分 提供会員 利用会員 提供会員兼利用会員

下記のとおり、小川町ファミリーサポートセンターを退会したいので、届け出ます。

記

- 1 会員番号 ー
- 2 氏 名
- 3 住 所
- 4 退会理由

※退会するときは、小川町ファミリーサポートセンター会員証及びセンターから返還を指示された書類等を返還してください。