

# 依頼会員入会申込書

PCNo. h-

ふりがな			会員番号	H—	顔写真 2 枚 (貼らずに) *写真裏面に 名前を記載	
依頼者 氏名	男・女		入会	年 月 日		
生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳 )		退会	年 月 日		
住所等	〒 ————— 鎌倉市 アパート・マンション等名称					
	<input type="checkbox"/> Tel : 有・無 ( ————— ) <input type="checkbox"/> 携帯電話 : ( ————— ) 留守電 有・無 ) <input type="checkbox"/> 携帯-mail : ( ————— ) <input type="checkbox"/> PC-mail : ( ————— ) ※利用可能な通信はすべて記入してください。					
自宅最寄駅 バス停	駅 (徒歩 約 分)	バス停	緊急連絡先	氏名 TEL	(続柄)	
同居家族等	1 配偶者 有・無 2 子ども ( ) 人 3 その他同居家族 ( ) 4 ペット 有 ( 室内 ・ 屋外 ) 種別 : 無	就労状況	1 パート・アルバイト (勤務先 TEL ) 2 フルタイム (勤務先 TEL ) 3 自営業 (店名 TEL ) 自宅併設・自宅外 (所在地 TEL ) 4 無職 (主婦含む) 5 その他 ( )			
	ふりがな 名前		性別	続柄 (例:長男)	生年月日	保育園等 関係施設名
	<input type="checkbox"/>		男・女		H・R 年 月 日 ( 歳 )	
	<input type="checkbox"/>		男・女		H・R 年 月 日 ( 歳 )	
	<input type="checkbox"/>		男・女		H・R 年 月 日 ( 歳 )	
希望・確認 レ点	ペットが支援会員宅にいても ( 良い ・ 良くない ) 同世代の子どもが支援会員宅にいても ( 良い ・ 良くない ) 支援場所まで車での送迎は ( できる ・ できない ) 支援会員用の駐車スペース・コインparking等が 近隣にありますか ( 有・無 )					
	ファミサポ君	地図帳	会員名簿			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	P					
	担当					
来所□ 訪問□ 出張□ LINEチャット□						

裏面へ続く⇒

## 支援を受けるこどもについて（子どもの様子、障害者手帳・等級等）

なまえ	①	②	③
平熱	度	度	度
持病	有（ 無）	有（ 無）	有（ 無）
アレルギー (例:食品・動物等)	有(具体的に) 無	有(具体的に) 無	有(具体的に) 無
備考欄			
障がいについて	有（ 無）	有（ 無）	有（ 無）
手帳の有無 (等級は具体的に 記入下さい)			
症状や特徴			
備考欄			
かかりつけの 病院名			

依頼会員の健康状況：良好

通院中（病名：  
症状：  
手帳（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳：  
等級）

### ※個人情報の取扱いについて

鎌倉市ファミリーサポートセンターは、入会申込時にご提供いただく個人情報を、会則第4条のセンター事業、第6条のアドバイザーの業務、第12条の相互援助活動のために使用させていただきます。また、サービスを円滑に提供するために市の関係機関などに連絡及び調整を目的とした情報提供をする場合もあります。お申し込みされる方は、上記内容についてご同意いただきたくお願い申し上げます。

（あて先）鎌倉市長 殿

私は上記の個人情報の取扱いに関する内容に同意し、鎌倉市ファミリーサポートセンターへの入会を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名.....