

# 依頼会員用 入会申込書

会則における事業・業務・相互援助活動のために情報を提供・利用することに同意します。

有・無	会員番号	
	受付日	

会員登録 保護者	氏名(ふりがな)		生年月日(西暦)		年齢
			年	月	日 歳
連絡先	住所 〒				
	<input type="checkbox"/> 土佐山田町 <input type="checkbox"/> 香北町 <input type="checkbox"/> 物部町				
	携帯TEL	自宅TEL	LINE ID		
勤務先	名称			勤務先TEL	
同居家族	氏名(ふりがな)	生年月日(西暦)	年齢	続柄	職業
		年 月 日	歳		
	氏名(ふりがな)	生年月日(西暦)	年齢	続柄	職業
		年 月 日	歳		
	氏名(ふりがな)	生年月日(西暦)	年齢	続柄	職業
	年 月 日	歳			
緊急連絡先 (本人以外)	1	氏名(ふりがな)	TEL(携帯・勤務先・自宅)		続柄
	2	氏名(ふりがな)	TEL(携帯・勤務先・自宅)		続柄
利用予定 希望内容	予定日 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 万が一のための登録				
	<input type="checkbox"/> 保育施設等への送迎 <input type="checkbox"/> 放課後等のあずかり <input type="checkbox"/> その他 _____				
援助が必要な お子さまの状況	子どもの氏名(ふりがな)	生年月日(西暦)	年齢	性別	
		年 月 日	歳	男・女	
	通っている施設名	アレルギーの有無(有・無)		<input type="checkbox"/> 詳細記述欄	
	<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 未就園				
	子どもの氏名(ふりがな)	生年月日(西暦)	年齢	性別	
		年 月 日	歳	男・女	
	通っている施設名	アレルギーの有無(有・無)		<input type="checkbox"/> 詳細記述欄	
	<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 未就園				
子どもの氏名(ふりがな)	生年月日(西暦)	年齢	性別		
	年 月 日	歳	男・女		
通っている施設名	アレルギーの有無(有・無)		<input type="checkbox"/> 詳細記述欄		
<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 未就園					

※会員登録ご希望の方は、入会申込書に必要事項を記入後、必ず電話またはメールにて**会員登録日の予約**をしてください。  
 ※より詳しい内容は、会員登録時のアドバイザーとの面談にてお聞きします。