

入会申込書(協力会員用)

記載事項について、会則における相互援助活動のために依頼会員
及び該当地区サブリーダーに提供・利用することを承諾します。

会員 番号	病児
----------	----

ふりがな			生年月日	性別							
氏名			平成・昭和 年 月 日(歳)	男 女							
住所	〒										
	TEL:(自宅)	(携帯)	FAX:								
緊急連絡先	名前		続柄								
	TEL:		携帯								
	名前		続柄								
	TEL:		携帯								
仕事の有無	有(フルタイム)・有(パート)・無		勤務先:								
			TEL:								
同居家族	配偶者(有 無)		協 力 で き る 内 容	一 般	1.子どもの保育 <input type="checkbox"/> 協力会員宅 <input type="checkbox"/> 依頼会員宅 <input type="checkbox"/> その他の場所 2.保育園等への送迎 3.車での送迎 4.障がい児の保育						
	子ども	人				資 格 ・ 免 許	病 児				
		(歳)						1. 看護師 2. 保育士 3. 幼稚園教諭 4. 保健師 5. 社会福祉士 6. 運転免許 7. ヘルパー 8. その他 ()			
	父母など	(歳)									
	(歳)			1.病児の保育 <input type="checkbox"/> 協力会員宅 <input type="checkbox"/> 依頼会員宅 2.病児の送迎 3.車での送迎 4.医療機関への受診代行							
ペット	なし・犬(室内・室外)・猫(室内・室外)・その他()										
援助できる日	時 間	曜 日	日	月	火	水	木	金	土	祝日	
		早朝									
		午前									
		午後									
		夜間(18:00~)									
備考											