

会員申し込み書 (提供会員) 会員番号

氏名	フリガナ
	年 月 日生 (歳)
住所	(〒 -)
連絡先	TEL
	携帯



入会 年 月 日

退会 年 月 日

勤務先	1、勤めていない	
	2、勤めている	フリガナ 会社名 所在地 TEL・Fax
	3、その他	

免許・資格	*お持ちの免許・資格に○印を付けてください	
	1、保健師、助産師、看護師 2、保育士 3、幼稚園教諭 4、教員免許 5、運転免許 (自動車保険に入っている・入っていない) 6、その他 () () () ()	

支援できる内容と時間	内容	1、一時預かり 2、病後児の預かり 3、宿泊の預かり 4、その他 () *預かる対象年齢等希望があればお書きください
	曜日	日・月・火・水・木・金・土 ● 常時 ● その他
	時間帯	: ~ : ● 特になし

◎市の謝礼金振込み先

金 融 機 関 名	口 座 番 号	口 座 名 義
支店		

自宅付近の地図

