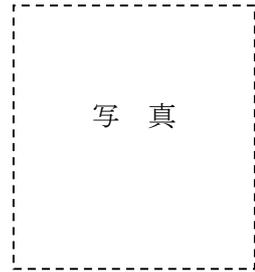


# 会員申し込み書 (依頼会員) 会員番号

氏名	フリガナ	男女
	年 月 日生 ( 歳)	
住所	(〒 - )	
連絡先	TEL	FAX
	携帯	
勤務先	フリガナ 会社名	所在地
	Tel・Fax	



入会 年 月 日

退会 年 月 日

子どもの氏名 (生年月日)	在園・在学名	かかりつけ病院・医院
フリガナ 男女 ( 年 月 日生)	フリガナ 名称 ( 年) TEL ( ) -	フリガナ 名称 TEL ( ) -
既往症 アレルギーの有無等	麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ その他 ( )	ぜんそく じんましん
フリガナ 男女 ( 年 月 日生)	フリガナ 名称 ( 年) TEL ( ) -	フリガナ 名称 TEL ( ) -
既往症 アレルギーの有無等	麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ その他 ( )	ぜんそく じんましん
フリガナ 男女 ( 年 月 日生)	フリガナ 名称 ( 年) TEL ( ) -	フリガナ 名称 TEL ( ) -
既往症 アレルギーの有無等	麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ その他 ( )	ぜんそく じんましん
フリガナ 男女 ( 年 月 日生)	フリガナ 名称 ( 年) TEL ( ) -	フリガナ 名称 TEL ( ) -
既往症 アレルギーの有無等	麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ その他 ( )	ぜんそく じんましん
フリガナ 男女 ( 年 月 日生)	フリガナ 名称 ( 年) TEL ( ) -	フリガナ 名称 TEL ( ) -
既往症 アレルギーの有無等	麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ その他 ( )	ぜんそく じんましん

保険証の種類	国民保険 ・ 社会保険 ・ 共済保険 ・ 自費 ・ その他			
保険証記号番号		乳幼児医療費助成受給者証等 受給者番号		
緊急連絡先	①	氏名	②	氏名
		申込者との関係		申込者との関係
		TEL		TEL
<p>子どもさんの状態についてお書きください</p> <p>▼発熱時・病時の対応</p> <p>▼アレルギー・ひきつけ等の対応</p> <p>▼その他体質・くせなど</p> <p>▼その他お願いなど</p>				

自宅付近の地図

\* この情報は必要に応じて支援時に提出させていただきます。