

かがファミリーサポートセンター

サポート会員登録書

会員登録番号 _____

(フリガナ) 氏名			性別	男 ・ 女			
			生年月日	年 月 日			
自宅	住所	〒 -	電話番号	- -			
			携帯電話	- -			
			Mail				
勤務先	名称		所在地				
			電話番号				
同居する者	氏名	続柄	年齢	職業・学校名		写真欄	
緊急連絡先	氏名		電話番号				

*記入していただいた個人情報につきましてはファミリーサポート事業以外には使用いたしません。

資格免許等	1 保育士 2 幼稚園教諭 3 保育ママ・保育サポーター 4 ホームヘルパー 5 看護師 6 その他 ()							
活動可能な曜日・時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝日
活動に関する希望等	活動内容	1 一時預かり 2 保育園送迎 3 病後児預かり 4 夜間預かり						
	子どもの年齢	<input type="checkbox"/> 0～1歳		<input type="checkbox"/> 2～5歳		<input type="checkbox"/> 小学生		
	兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 可(人まで)				<input type="checkbox"/> 不可		
	その他							
ペットの有無		有 (種類 屋内 ・ 屋外)						・ 無
<自宅付近の地図>						<備考欄>		