

吉田町ファミリー・サポート・センター入会申込書

この申込書の記載事項について、吉田町ファミリー・サポート・センターの事業、業務及び援助活動を利用することに同意し、入会を申し込みます。

年 月 日

吉田町長

様

会員種別	リクエスト会員			会員番号	
(フリガナ) 氏名	Ⓜ		性別 男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 吉田町				
連絡先	自宅電話		携帯電話		
	自宅FAX		緊急時連絡先		
				連絡先名称	
職業	1 雇用労働者 (フルタイム ・ パートタイム) 2 自営業 () 3 無職 4 その他 ()				
勤務先	名称		電話番号		
	所在地		勤務曜日・時間		
援助を 必要とする 子ども	氏名	性別	生年月日	園名・学校名	病歴・アレルギー等
		男・女	年 月 日		
		かかりつけ医	名称:	TEL:	
	氏名	性別	生年月日	園名・学校名	病歴・アレルギー等
		男・女	年 月 日		
		かかりつけ医	名称:	TEL:	
	氏名	性別	生年月日	園名・学校名	病歴・アレルギー等
		男・女	年 月 日		
		かかりつけ医	名称:	TEL:	
特に注意 して欲しい こと等					
申込み理由	1 仕事 (パートタイムを含む。) 2 その他 (具体的に記入:)				

(裏)

誓約書

1 個人情報の取扱い

- 私は、入会申込時に私が提供した個人情報を、吉田町ファミリー・サポート・センターが、事業、アドバイザーの業務及び援助活動のために利用することについて同意します。

2 リクエスト会員として

- 私は、援助活動の依頼やそのキャンセルに関するセンター及びサポート会員への連絡を速やかに行います。
- 私は、援助活動に関するサポート会員との事前打合せを必ず実施し、事前打合せ書を作成します。緊急な依頼等で事前打合せができないときは、サポート会員に電話で詳細を伝えます。
- 私は、事前打合せ書に記載のない内容については、サポート会員に対し依頼はしません。
- 私は、子どもの引渡しは、必ず「大人」から「大人」へ行きます。

3 サポート会員に対して

- 私は、サポート会員のプライバシーを守ります。
- 私は、送迎の援助活動を依頼するときは、チャイルドシート又はジュニアシートを用意します。
- 私は、援助活動の実施前又は終了後、速やかにサポート会員に対して利用料及び実費を支払います。

4 その他

- 私は、この援助活動が、同じ住民同士の助け合いであることを認識し、感謝の気持ちを忘れず、サポート会員とは対等な立場で接します。
- 私は、援助活動中に問題が発生した場合は、会員同士で解決します。
- 私は、連絡先、家族状況等が変更になったときは、速やかにセンターに連絡します。また、センターから連絡があった場合は、確認後、速やかに対応します。
- 私は、自然災害等で援助活動が無理な状況のときは、援助活動を中止し、センター及び会員同士で連絡を取り合います。

私は、上記の内容に同意・誓約いたします。

年 月 日

住 所 吉田町

氏 名

TEL

⑩