様式第１号（第６条関係）　　　　　　　（表）

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 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 男・女 |
| 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」へ行います。

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