

おねがい会員 入会申込書

年 月 日

浦添市ファミリー・サポート・センター事業実施規程の規定による事業・業務・相互援助活動のために次の個人情報を提供・利用することに同意します。

会員番号		確認欄 ・免許証 ・マイナンバーカード ・保険証 ・他（ ）	
ふりがな		生 年 月 日	性 別
氏 名		年 月 日（ 歳）	男 ・ 女
住 所	〒 [地区] 中学校区		
	自宅TEL： 携帯：		
	勤務先名 TEL		
同居家族	配偶者（有・無）子ども 人 その他 人	職業：①雇用労働者（フルタイム・パート）②自営業 ③専業主婦（夫）	
緊急連絡先	氏名	続柄（ ） 携帯：	
	氏名	続柄（ ） 携帯：	
備 考			
援助が必要な子どもの状況	子どもの名前（ふりがな）		保育所等・幼稚園・学校
			名称
	性別（男 女）		かかりつけ医院名
	年 月 日生（ 歳 か月）		
	注意事項（アレルギー等）		
	子どもの名前（ふりがな）		保育所等・幼稚園・学校
			名称
	性別（男 女）		かかりつけ医院名
	年 月 日生（ 歳 か月）		
	注意事項（アレルギー等）		
	子どもの名前（ふりがな）		保育所等・幼稚園・学校
			名称
	性別（男 女）		かかりつけ医院名
	年 月 日生（ 歳 か月）		
	注意事項（アレルギー等）		

個人情報の取扱いに関するご案内

浦添市ファミリー・サポート・センターは、入会申し込み時にご提供いただく個人情報を浦添市ファミリー・サポート・センター事業実施規程の規定によるセンター事業、アドバイザーの業務、相互援助活動のために利用させていただきます。
お申し込みされる方は、上記目的のために提供・利用することにご同意いただきたくお願い申し上げます。