

北広島市こども緊急サポートネットワーク

入会申込書（利用会員用）

会員番号	きたひろ
------	------

ふりがな				生 年 月 日	性 別
氏 名				年 月 日	男 ・ 女
住 所	〒 自宅TEL： FAX： 携帯：				
勤務先名	TEL：				
同居の家族	配偶者（有 ・ 無）	子ども その他	人 人	職業	1. 雇用労働者 2. その他（ ）
援助の必要な 子どもの状況	子どもの名前	性 別	生 年 月 日	保育所・小学校等	
		男・女	年 月 日 歳 ヶ月		
	かかりつけ医院名				
	障がい・アレルギー等	なし・あり（ ）			
	子どもの名前	性 別	生 年 月 日	保育所・小学校等	
		男・女	年 月 日 歳 ヶ月		
	かかりつけ医院名				
	障がい・アレルギー等	なし・あり（ ）			
	子どもの名前	性 別	生 年 月 日	保育所・小学校等	
		男・女	年 月 日 歳 ヶ月		
	かかりつけ医院名				
	障がい・アレルギー等	なし・あり（ ）			
備考					

1 北広島市こども緊急サポートネットワークの会則及び重要な確認事項について説明を受け、その内容について了承しました。

1 入会時に提供した個人情報を、北広島市こども緊急サポートネットワーク会則第4条における「当会の事業」、第5条における「アドバイザー、コーディネーターの業務」、第10条における「相互援助活動」のために利用することに同意します。

令和 年 月 日

会員番号

氏 名

印