

【記入例】

様式第1号

令和8年5月1日

入会申込書 (依頼会員用)

会員番号は空欄で提出ください

会則における事業・業務・相互援助活動のために提供・利用することに同意します。

会員番号

ふりがな	しろいし はなこ		生年月日	性別
氏名	白石 花子		平成 3年 5月 30日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	〒989-0292 白石市大手町1番1号			
	自宅TEL: 0224-22-1363 携帯: 090-0000-△△△△			
仕事の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	勤務先 ○○○○会社		
		TEL: 0224-00-△△△△		
同居家族	配偶者	子ども	2人	
	(<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無)	その他	2人 (祖父母)	
緊急連絡先	名前 白石 花子		続柄 母	
	TEL: 0224-22-1363		携帯: 090-0000-△△△△	
	名前 白石 太郎		続柄 父	
	TEL: 0224-22-1363		携帯: 090-0000-△△△△	
備考	日中は職場に連絡ください			連絡事項等あれば記入ください
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・幼稚園・学校	
	大空 (そら)		名称 しろいし小学校	
	性別 (<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女)		かかりつけ医院名 しろいし小児科	
	平成30年 6月 30日生		TEL: 0224-△△-0000	
	既往歴	特になし	小学生までのお子さんが登録可能です	
	アレルギーの有無等			
	咲愛 (さくら)		名称 しろいし保育園	
	性別 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女)		かかりつけ医院名 しろいし小児科	
	令和3年 7月 30日生		TEL: 0224-△△-0000	
	既往歴	花粉アレルギー		
	アレルギーの有無等			
	()		名称	
性別 (男・女)		かかりつけ医院名		
年 月 日生		TEL:		
既往歴				
アレルギーの有無等				

白石市長

殿