

## 八郎潟町ファミリー・サポート・センター会員仮登録申込書

住所 (※依頼会員は 八郎潟町在住者)	〒		
氏名	ふりがな		
生年月日	西暦 年 月 日		
電話番号			
希望する会員 (いずれかに○)	<input type="checkbox"/> 依頼会員 <input type="checkbox"/> サポート会員 <input type="checkbox"/> 両方会員		
援助をお願いし たい子どもの 氏名・生年月日 <small>(依頼会員、両方会員のみ)</small>	ふりがな	ふりがな	ふりがな
	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
	ふりがな	ふりがな	ふりがな
	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
備考 (援助を受けたいまたは援助を行える曜日、時間帯など、自由にご記入ください)			

※事業内容について確認のうえ、申込みをお願いします。

※本登録に向けての詳細については、後日ご連絡いたします。

※説明会に参加または講習会を修了後、本登録となります。