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 | 〒 |
| 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（いずれかに〇） | ・依頼会員　　　・サポート会員　　　・両方会員 |
| 援助をお願いしたい子どもの氏名（依頼会員、両方会員のみ） | ふりがな | ふりがな | ふりがな |
| 援助をお願いしたい子どもの生年月日（依頼会員、両方会員のみ） | 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。