

様式2(表)

- 一時預かり
- 病児病後児
- お泊り

会員番号

E

女子医大ファミリーサポート

依頼会員入会申込書(登録書)

平成 年 月 日入会

氏名	ふりがな		性別 (男・女)	
			(昭和・平成) 年 月 日生まれ	
所属	所属	内線		PHS
自宅住所	〒		TEL	
	建物名		携帯	
			メール	
配偶者	氏名		勤務先	
			TEL	
			携帯	
保護者以外で緊急に連絡できる方	氏名 (お子さんとの関係)		TEL	
	()			
援助の必要なお子さんの状況	お子さんの氏名 (ふりがな)		保育所、幼稚園、学校等	
			名称	
			住所	
			TEL	
	性別(男・女) (歳 ヶ月)		かかりつけ医院名	
	平成 年 月 日生まれ		住所	
			TEL	
	お子さんの氏名 (ふりがな)		保育所、幼稚園、学校等	
			名称	
			住所	
			TEL	
	性別(男・女) (歳 ヶ月)		かかりつけ医院名	
平成 年 月 日生まれ		住所		
		TEL		
お子さんの氏名 (ふりがな)		保育所、幼稚園、学校等		
		名称		
		住所		
		TEL		
性別(男・女) (歳 ヶ月)		かかりつけ医院名		
平成 年 月 日生まれ		住所		
		TEL		
ペット	室内	犬 匹 他(匹)	室外	犬 匹 他(匹)
<p>この入会に際し、「女子医大ファミリーサポート会則」を遵守いたします。 また、本登録書記載の情報内容が提供会員に提供されることに同意します。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;"> 会員氏名 印 住所</p>				

※裏面もご記入ください。

事務局記入欄			
紹介提供会員氏名			

様式2(裏)

お子さんの氏名				
予防接種	BCG	年 月	年 月	年 月
	ポリオ	① 年 月	① 年 月	① 年 月
		② 年 月	② 年 月	② 年 月
	DPT I期	① 年 月	① 年 月	① 年 月
		② 年 月	② 年 月	② 年 月
		③ 年 月	③ 年 月	③ 年 月
		④ 年 月	④ 年 月	④ 年 月
	DT II期	年 月	年 月	年 月
MR I期	年 月	年 月	年 月	
	II期	年 月	年 月	年 月
感染症	予防接種	水ぼうそう おたふくかぜ	水ぼうそう おたふくかぜ	水ぼうそう おたふくかぜ
	接種済 ○	その他	その他	その他
	感染済 ×	()	()	()
病歴	入院			
	大きな病歴			
	常用の薬			
	○印	熱性けいれん アトピー 喘息	熱性けいれん アトピー 喘息	熱性けいれん アトピー 喘息
食事	現在	ミルク CC	ミルク CC	ミルク CC
		混合 CC	混合 CC	混合 CC
		離乳食 1回 2回 3回	離乳食 1回 2回 3回	離乳食 1回 2回 3回
		普通食	普通食	普通食
	食べてはいけない食品			
排泄	おむつ トレーニング 自立	おむつ トレーニング 自立	おむつ トレーニング 自立	

《自宅周辺地図》* お近くのバス停または、駅名を入れてください。駐車スペースがありましたらお書きください。

●最寄駅 線 駅より徒歩 分 ●バス 系統 行 バス停 より徒歩 分
 ●最寄駅 線 駅より徒歩 分 ●バス 系統 行 バス停 より徒歩 分