

菊陽キャロットサービス・ファミリーサポートセンター 入会申込書

【 依頼会員用 】

平成 年 月 日 No.

ふりがな			・本人・親 ・その他()	性 別	男 女
申込者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)				
現住所	〒 行政区()				
電話番号	自宅 FAX				
	携帯 メールアドレス				
勤務先住所 名称・電話	—		同居 家族	人家族 (続 柄)	
緊急連絡先	氏名 (続柄)	連絡先		()	
	1			()	
	2			()	
	3			()	
かかりつけ 医	内科 営				
	外科 営				
ふりがな 氏名	生年月日 (年齢)		性 別	保育園・幼稚園・小学・中学 その他 (クラス・学年)	
	大・昭・平 年 月 日(歳 ヶ月)		男 女	営	
	大・昭・平 年 月 日(歳 ヶ月)		男 女	営	
依頼 内 容				写真	

同意書

私がキャロットサービスに依頼した件で、キャロットサービス活動中に起こったけがや事故などについては、菊陽町社会福祉協議会が加入する保険の適応範囲内で補償される事に同意します。

また、協力会員に必要な情報を提供することに同意します。

平成 年 月 日

依頼会員氏名

印