

様式第2号(第5関係)

大町市ファミリー・サポート・センター登録申込書(協力会員)

年 月 日

(提出先)大町市長

住 所

電 話

氏 名

印

大町市ファミリー・サポート・センターの協力会員として次のとおり申し込みます。

住所・電話	〒 電話				
ふりがな 氏 名		性別	男女	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
同居家族	配偶者 有・無 子供 人 その他	職業	1 雇用労働者 フルタイム・パートタイム 2 自営業() 3 無職 4 その他		
資格・免許					
援助できる地域					
援助できる内容	1 保育施設等への開始前及び終了後子どもを預かること。 2 保育施設等への子どもの送迎を行うこと。 3 臨時的に子どもを預かること。 4 その他 ()				
援助できる日時	曜日	月・火・水・木・金・土・日(1週 日)			
	時間	: ~ : (1日 時間)			
そ の 他					

担当					

承認	承認・不承認
登録番号	
有効期限	年 月