

## 入会申込書

(おねがい会員用)

年 月 日

会員氏名	ふりがな	性別 (男 女) 生年月日 (昭和 平成 年 月 日)
住所	〒	TEL email
同居家族	配偶者 (有・無) 子ども	人 その他 人
緊急連絡先	父名前 勤務先名	TEL 携帯
	母名前 勤務先名	TEL 携帯
保護者以外で緊急に連絡できる方	名前 (続柄)	TEL
援助の必要な子どもの状況	子どもの名前(ふりがな)	保育所・幼稚園・学校等
		名称
		住所
	性別 (男 女) ( 歳)	TEL
	生年月日	かかりつけ医院名
	年 月 日	住所
		TEL
	子どもの名前(ふりがな)	保育所・幼稚園・学校等
		名称
	住所	
性別 (男 女) ( 歳)	TEL	
生年月日	かかりつけ医院名	
年 月 日	住所	
	TEL	
子どもの名前(ふりがな)	保育所・幼稚園・学校等	
	名称	
	住所	
性別 (男 女) ( 歳)	TEL	
生年月日	かかりつけ医院名	
年 月 日	住所	
	TEL	
ペット	室内 犬 匹 他( 匹) 室外 犬 匹 猫 匹 他( 匹)	
今後の情報提供について	すわ子育てネットワーク“ぷりん”から様々な事業の案内を送らせていただきます。 1 必要 2 必要ない	
<p>この入会に際し、「すわ子育てネットワーク“ぷりん”会則」を遵守いたします。 本登録書記載の情報内容がまかせて会員に提供されることに同意します。 送迎の場合の補償については、まかせて会員の自動車保険にて、対応することを同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>会員氏名 _____</p> <p>住所 _____</p>		
事務所記入欄		
紹介したサポーター氏名		

別紙1-1

お子さんの名前					
予防接種	BCG	年 月	年 月	年 月	年 月
	四種混合Ⅰ期	① 年 月	① 年 月	① 年 月	① 年 月
		② 年 月	② 年 月	② 年 月	② 年 月
		③ 年 月	③ 年 月	③ 年 月	③ 年 月
	追加	④ 年 月	④ 年 月	④ 年 月	④ 年 月
	日本脳炎	① 年 月	① 年 月	① 年 月	① 年 月
		② 年 月	② 年 月	② 年 月	② 年 月
感染症	予防接種 接種済 ○ 感染済 ×	麻しん・風しん 水痘 肺炎球菌 B型肝炎 ロタウイルス その他( )			
	入院 大きな病歴 常用の薬				
病歴	○印	熱性痙攣 アトピー 喘息	熱性痙攣 アトピー 喘息	熱性痙攣 アトピー 喘息	熱性痙攣 アトピー 喘息
	アレルギーについて	食物アレルギー ( ) その他 ( )	食物アレルギー ( ) その他 ( )	食物アレルギー ( ) その他 ( )	食物アレルギー ( ) その他 ( )
	現在	ミルク CC 混合 CC 離乳食 1回 2回 3回 普通食			
食事	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	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、駅名を入れて下さい。駐車スペースがありましたらお書き下さい。