

様式第3号（第7条関係）

会 員 登 録 変 更 届 出 書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

入会申込書の記載内容に変更がありましたので届け出ます。

会 員 種 別	提供会員 ・ 依頼会員 ・ 産前産後会員 ・ 両方会員			
(ふりがな)		男・女	住所	〒 電話番号
氏 名 生 年 月 日	西暦 年 月 日			
勤 務 先	電話番号	勤務形態	1 フルタイム 2 パート 3 自営 4 無職 5 その他 ()	
緊急連絡先	連絡先名			
	電話番号			
同 居 家 族	1 配偶者 (有・無) 2 子ども (人) 3 親 (人) 4 その他の家族 (人)			
要 望 事 項 特 記 事 項				

【提供会員又は両方会員】

援助できる時間	曜日	月	火	水	木	金	土	備 考
	時間							
	6 : 00 ~ 8 : 00							
	8 : 00 ~ 10 : 00							
	10 : 00 ~ 12 : 00							
	12 : 00 ~ 14 : 00							
	14 : 00 ~ 16 : 00							
	16 : 00 ~ 18 : 00							
	18 : 00 ~ 20 : 00							
	20 : 00 ~ 22 : 00							
援助できる内容						送迎方法		
送迎 ・ 自宅保育 ・ 家事援助						自家用車 徒歩 タクシー		
乳児・幼児（小学校就学前）・小学生						電車 その他 ()		
資格	1 保育士 2 看護師 3 保健師 4 ヘルパー						ペットの有無	有 種類 () 室内・室外 無
	5 教諭 () 6 障害児援助経験有							
	7 その他 () 8 無							
子育て経験		有 ・ 無						

【依頼会員、産前産後会員又は両方会員】

援助 の 必要 な 児 童	氏名・性別・ 生年月日(年齢) 又は出産予定日	子どもの状況 (持病・ア レルギー等)	保育所・幼稚園・小学校 ・特別支援学校・学童保育所 ・療育支援事業所等名		依頼内容
			かかりつけ医		
	ふりがな	無・有	名称		
			TEL		
	男・女 西暦 年 月 日 (歳)		病院		
			TEL		
	ふりがな	無・有	名称		
			TEL		
	男・女 西暦 年 月 日 (歳)		病院		
			TEL		
	ふりがな	無・有	名称		
			TEL		
	男・女 西暦 年 月 日 (歳)		病院		
			TEL		

注1 氏名の欄と変更のあった項目のみ記入してください。

注2 産前産後会員は、母子手帳のコピーを添付すること

※ご記入いただいた個人情報本事業に関わる目的以外には使用いたしません。