

令和 年 月 日

岡崎市ファミリー・サポート・センター
会員登録変更・退会届

会員番号	
氏名	※
電話番号	

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

登録内容について、下記のとおり届けます。

<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退会 (該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。)				
退会理由				
「変更」を選択された方は、以下のことについてもご記入ください。				
変更事項 <small>(該当する事項に<input checked="" type="checkbox"/>を付けてください。)</small>	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 子どもの名前 <input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> 援助の内容 <input type="checkbox"/> その他の同居親族の状況 <input type="checkbox"/> かかりつけの病院等 <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先 <input type="checkbox"/> その他			
変更内容	(例：長男が小学校に就学した等)			
援助に必要な子どもの状況	子どもの名前・年齢	性別	所属 <small>(園名、学校名等)</small>	具体的な援助の内容
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日 年 月 日			
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日 年 月 日			
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日 年 月 日				
上記以外の同居親族の状況	配偶者	有（勤務先等）・無		
	同居の親	有 ・ 無		
	子ども	名前	性別	生年月日
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		

※以下センター記入欄

退会日	令和 年 月 日	会員証の返還	有 ・ 無
-----	----------	--------	-------