かかりつけの医療機関名所在地	科	名　称　　電話 所在地
	科	名　称　　電話 所在地
子の健康保険証	保険の種類　　社会保険　　国民健康保険　　共済組合	
	記号　番号	
	被保険者	

同居家族	氏名	年齢	連絡先電話

自宅案内図（自宅及び最寄の駅や目印になる建物等を記入）

上記のとおり、いるまファミリー・サポート・センターへ入会を申し込みます。

つきましては、「いるまファミリー・サポート・センター会則」を遵守いたします。

また、本登録書記載の情報が提供会員に提供されることに同意します。

年　　月　　日

氏名　　印

いるまファミリー・サポート・センター様