

小千谷市ファミリー・サポート・センター
 会員登録変更届(依頼会員用)

*会員番号		*入会日	年	月	日
		*退会日	年	月	日
ふりがな 会員氏名				生 年 月 日	
				年 月 日	
住 所	小千谷市				
	電話 —				
連 絡 先	() — 【携帯電話】				
職 業	勤 務 先				無
		電話() —			
援 助 の 必 要 な 児 童 の 状 況	氏 名	生 年 月 日	性別	保育園等の名称	
		年 月 日	男 女		
		年 月 日	男 女		
		年 月 日	男 女		
世帯の状況 (援助の必要 な児童を 除く。)	氏 名	生 年 月 日	続柄	職業又は学校名	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
かかりつけ の 病 院	【内科】 【外科】				
緊 急 時 の 連 絡 先	() —				
備 考					

上記のとおり、会員登録の内容を変更します。

年 月 日

小千谷市ファミリー・サポート・センター 様