

地域子育て支援センター利用者登録カード (No. _____)

受付日 (年 月 日)

申請者

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日			
子どもとの関係		<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> その他 ()
住所	〒 - 東大阪市	TEL	-	-		
(申請者以外の) ※緊急連絡先	(なまえ)	TEL	-	-		
子どもとの関係		<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> その他 ()
参加しているサークル名						

※緊急連絡先は、申請者の方がセンターで具合が悪くなられた場合などに連絡のつく方をお書きください。

子ども

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日		
備考	(アレルギー・持病の有無など)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	所属 (保育所・幼稚園等へ通っている場合は園名)				

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日		
備考	(アレルギー・持病の有無など)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	所属 (保育所・幼稚園等へ通っている場合は園名)				

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日		
備考	(アレルギー・持病の有無など)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	所属 (保育所・幼稚園等へ通っている場合は園名)				

申請者以外の同伴者

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		TEL 携帯	- -	
	東大阪市				
子どもとの関係		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()			

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		TEL 携帯	- -	
	東大阪市				
子どもとの関係		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()			

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		TEL 携帯	- -	
	東大阪市				
子どもとの関係		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()			

個人情報に関する同意欄

子育て支援センターの利用にあたり必要な範囲で、上記の個人情報を利用することについて、同意します。

署名 _____

個人情報の保護について

子育て支援センターでは、施設の利用申込みにあたり、必要な個人情報を提供していただいております。収集された個人情報は、原則として当施設利用に関する案内、利用者様の本人確認、緊急時の連絡、サービス向上のための統計資料としてのみ利用いたします。また、法律等に特別の定めがある場合を除き、利用者様の同意がない限り、個人情報を第三者に開示することはありません。