

## ドリーム会員登録カード

登録日(記載日) H 年 月 日

認定NPO法人 生き生きネットワーク

会員番号D17-		ふりがな 氏 名 (保護者名)		家族写真添付 簡単な印刷でOK (普通の紙でもOK)
(〒 - ) 住 所				
電話 ( )		FAX -		
携帯電話			駐車場 有・無	
家 族 構 成 (同居家族全員)				
続柄	氏 名	生年月日	職場・園・学校名・組	連絡先
ふりがな		T・S・H 年		
-----		月 日		
会員 本人				
ふりがな		T・S・H 年		
-----		月 日		
ふりがな		T・S・H 年		
-----		月 日		
ふりがな		T・S・H 年		
-----		月 日		
ふりがな		T・S・H 年		
-----		月 日		
ふりがな		T・S・H 年		
-----		月 日		
緊急連絡先 氏 名		続柄		連絡先 番 号
かかり つけ 医院・ 病院	病院名	電話		担当医師名
☆ 備考、依頼内容を具体的に記載してください			ご利用希望サービス	
郵便局の引き落とし 有 or 無			・ 家事支援	
			・ ベビーシッター	
			・ 託児エンジェルハウス	
			・ 介護、見守りなど	
			・ ペットのお世話	
			・ 外出支援	
			・ 入院、通院付き添い	
・ 制度外ご利用分				