**大網白里市子育て交流センター利用者登録届**

申請日　　　　　　年　　　月　　　日

センター長　あて

* **太線枠内**を必ず**保護者が**ご記入ください。
* 頂いた登録情報は、当施設の運営業務及び緊急時のみ使用し、それ以外では使用いたしません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 | | | 性別 | | 学校名(または園名) | | | 学年/年齢 | 生年月日 |
| フリガナ |  | | 男  ・  女 | |  | | 保育園  幼稚園  学　校 | 年  ・  才 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | |
| フリガナ |  | | 男  ・  女 | |  | | 保育園  幼稚園  学　校 | 年  ・  才 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | |
| フリガナ |  | | 男  ・  女 | |  | | 保育園  幼稚園  学　校 | 年  ・  才 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | |
| フリガナ |  | | 男  ・  女 | |  | | 保育園  幼稚園  学　校 | 年  ・  才 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | |
| フリガナ |  | | 男  ・  女 | |  | | 保育園  幼稚園  学　校 | 年  ・  才 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | |
| 保護者 | フリガナ |  | | 続柄 | | 住所 | | | 電話番号 |
| 氏名 |  | |  | |  | | |  |
| 緊急時の連絡先 | フリガナ |  | | 続柄 | | 電　話　番　号 | | | |
| 氏名 |  | |  | | 自宅・携帯・職場 | | | 自宅・携帯・職場 |
| フリガナ |  | | 続柄 | | 電　話　番　号 | | | |
| 氏名 |  | |  | | 自宅・携帯・職場 | | | 自宅・携帯・職場 |

* 子育て支援センターご利用の方はこちらもご記入ください。（６名まで記入できます）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| その他の利用者 | フリガナ |  | 続柄 | フリガナ |  | 続柄 |
| 氏名 |  |  | 氏名 |  |  |
| フリガナ |  | 続柄 | フリガナ |  | 続柄 |
| 氏名 |  |  | 氏名 |  |  |
| フリガナ |  | 続柄 | フリガナ |  | 続柄 |
| 氏名 |  |  | 氏名 |  |  |

* センター職員記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | 登録年月日 | 年　　　月　　　日 | 受付 |  |