

## 支援会員入会申込書

氏名		生年月日	年 月 日			
住所	〒 680-					
電話番号						
連絡先 <small>上記以外の方</small>	住所					
	電話番号					
支援できる曜日及び時間帯（可能な時間帯に○をして下さい）						
月	火	水	木	金	土	日
7～10	7～10	7～10	7～10	7～10	7～10	7～10
10～14	10～14	10～14	10～14	10～14	10～14	10～14
14～18	14～18	14～18	14～18	14～18	14～18	14～18
18～20	18～20	18～20	18～20	18～20	18～20	18～20
いつでも要望に応じて対応できる						
車の免許	有り			無し		
クルマでの送迎	可能			不可		
健康状態						
上記の通り、八頭町ファミリーサポートセンターへ入会を申し込みます。						
八頭町長様						
年 月						
氏名						