

第1号様式（第6条関係）

江別市長 あて

年 月 日

江別市緊急サポートネットワーク  
入会申込書（依頼会員用）

会員番号	SCE
------	-----

ふりがな				生 年 月 日	性 別
氏 名				年 月 日	男 ・ 女
住 所	〒				
	自宅 TEL :		FAX :		携帯 :
	勤務先名 :			TEL :	
同居の家族	配偶者（有 ・ 無）	子ども その他	人 人	職業	1 雇用労働者 2 その他 ( )
緊急連絡先	名前 :		続柄 :		
	TEL :		携帯 :		
	名前 :		続柄 :		
	TEL :		携帯 :		
備 考	名前 :		続柄 :		
	TEL :		携帯 :		
	名前 :		続柄 :		
	TEL :		携帯 :		
援助の必要な 子どもの状況	子どもの氏名等		保育所・幼稚園・小学校等		
			名称 :		
			住所 : TEL :		
	性別（男・女） 年 月 日生		かかりつけ医院名		
			住所 :		
	備 考 障がい、アレルギーの有無など				
			名称 :		
			住所 : TEL :		
	性別（男・女） 年 月 日生		かかりつけ医院名		
			住所 :		
	備 考 障がい、アレルギーの有無など				
			名称 :		
		住所 : TEL :			
性別（男・女） 年 月 日生		かかりつけ医院名			
		住所 :			
備 考 障がい、アレルギーの有無など					

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別な様式を使用することができる。