

入会申込書兼会員票

会員 No

入会の動機	入会の経路	退会の理由	申 込 日	令和 年 月 日	写 真 3.0 × 2.5 cm
1. 社会的	1. 公共機関	1. 病 気	仮登録 No		
2. 健康的	2. 会員知人	2. 死 亡	入会日	令和 年 月 日	
3. 経済的	3. マスコミ	3. 転 居	退会日	令和 年 月 日	
4. その他	4. その他	4. その他			

氏 名	フリガナ	生年月日	昭和 年 月 日〔 〕歳
		家族状況	配偶者 有 無 同居家族(本人除く 人)
現 住 所	〒 愛川町	緊 急 連 絡 先	なるべく自宅以外の連絡先を記入ください。 氏名 続柄()
	電話 ()		〒 住所
	携帯電話 ()		電話 ()
	Eメールアドレス		携帯電話 ()

主 な 職 歴	勤続年数	勤務先・仕事内容	資 格 免 許 特 技	

交 通 手 段		自 転 車	バ イ ク	自 動 車	軽トラ	希 望 す る 仕 事			
	所 有	有 無	有 無	有 無	有 無		屋 外 清 掃		除 草
	運 転	可 否	可 否	可 否			草 刈 り		片 付 運 搬

保 険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 (本人)	<input type="checkbox"/> 植 木 剪 定	<input type="checkbox"/> 屋 内 清 掃
	<input type="checkbox"/> 社会保険 (家族)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 屋 内 軽 作 業	<input type="checkbox"/> 屋 内 雑 役

年 金	<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 特 殊 技 術	<input type="checkbox"/> 筆 耕
	<input type="checkbox"/> 共済年金	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 事 務	<input type="checkbox"/> 大 工 仕 事

健 康 状 態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや支障あり <input type="checkbox"/> 支障あり						<input type="checkbox"/> 塗 装 作 業	<input type="checkbox"/> 溶 接 、 板 金	
	目	耳	手	足	腰	血 圧	<input type="checkbox"/> 網 戸 , 障 子 の 張 替		
	<input type="checkbox"/> や や 支 障 あり <input type="checkbox"/> 支 障 あり	<input type="checkbox"/> 異 常 な し <input type="checkbox"/> や や 支 障 あり <input type="checkbox"/> 支 障 あり	<input type="checkbox"/> 異 常 な し <input type="checkbox"/> や や 支 障 あり <input type="checkbox"/> 支 障 あり	<input type="checkbox"/> 異 常 な し <input type="checkbox"/> や や 支 障 あり <input type="checkbox"/> 支 障 あり	<input type="checkbox"/> 異 常 な し <input type="checkbox"/> や や 支 障 あり <input type="checkbox"/> 支 障 あり	<input type="checkbox"/> 低 い <input type="checkbox"/> や や 低 い	<input type="checkbox"/> 高 い <input type="checkbox"/> や や 高 い <input type="checkbox"/> 正 常	<input type="checkbox"/> 配 達	<input type="checkbox"/> 物 品 管 理
							<input type="checkbox"/> 販 売		
							その他 ()		
							週 日間位 月火水木金土日 一日あたり 時間位		

既往症	
持病	
その他	

会 員 番 号	氏 名	電話番号	地域班	

年 月 日	記 録 欄	担当者
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		
. .		