

一般財団法人 女性労働協会 会長 岩田 三代 殿

★QRコード または
Excel 申込書のご利用に
ご協力ください。



2025年度『ファミリーサポートネットワーク事業』参加申込書
ファミサポくん(CD版)年間保守申込書

- ファミリーサポートネットワーク事業にご参加いただけるセンター様は、以下に必要事項をご記入の上、お申込みください。ファミサポくん(CD版)を利用されているセンター様はネットワーク事業参加60,000円(ファミサポくんCD版保守無料)または『ファミサポくん(CD版)』年間保守のみ38,500円 どちらかを必ず選択してお申込みください。
- 「ファミサポくん」クラウド版のお申込みをご希望の方は、別紙「ファミサポくん」クラウド版購入申込書にてお申込みください。
- ファミリーサポートネットワーク事業は、センター運営を支援する事業であり、補償保険に付随するサービスではありません。ご加入にあたっては、それぞれお手続きが必要となります。
- お申し込みは原則として自治体単位となります。

上記事項を確認し、以下の通り、申し込みます。

記入日	2025年 月 日		※お申込締切: 4月末日 (5月以降にお申込みをご希望される場合はご連絡ください)	
申込 (あてはまるものにチェック)	<input type="radio"/> ファミリーサポートネットワーク事業に参加する 年間事業参加費 60,000円(税込) (ファミサポくん(CD版)年間保守無料を含む)		摘要欄の記載は以下の通りとなります。別途指定がある場合は備考欄にご記入ください。	
	<input type="radio"/> ファミサポくん(CD版)年間保守38,500円(税込)		摘要: ファミリーサポートセンター専用管理システムソフト「ファミサポくんCD版」2025年度年間保守料	
ファミリーサポートセンター	センター名 (事業名)			
	〒	都道府県名をご記入ください	市区町村をご記入ください	
	以降の住所(番地まで)をご記入ください		建物名をご記入ください	
	電話:		FAX:	
	E-mail アドレス: ※迷惑メールに振り分けられないよう[w-women2a@jaaww.or.jp]からのメールが受信できるよう設定してください。			
設置自治体担当課	担当課名			
	〒	都道府県名をご記入ください	市区町村をご記入ください	
	以降の住所(番地まで)をご記入ください		建物名をご記入ください	
	電話:		FAX:	
	E-mail アドレス: ※迷惑メールに振り分けられないよう[w-women2a@jaaww.or.jp]からのメールが受信できるよう設定してください。			
運営方法 (あてはまるもの1つに○)	<input type="radio"/> 直営 <input type="radio"/> 委託 <input type="radio"/> 補助 <input type="radio"/> 独自 <input type="radio"/> その他			※直営以外の場合は、以下に運営団体名をご記入ください。
	運営団体名:			
請求書	宛名			
	送付方法	<input type="radio"/> データ送付でも可 <input type="radio"/> 原本郵送必須		※どちらか一方を必ずご選択ください。 ※請求書は順次送付いたします。
	データ送付先メールアドレス	データ送付をご希望の方は、送付先メールアドレスを選択ください。		
	その他のメールアドレス	<input type="radio"/> センター宛 <input type="radio"/> 自治体担当課宛 <input type="radio"/> その他宛		※必ずご記入ください。
	原本郵送先	原本送付をご希望の方は、郵送先住所を選択ください。		
	その他の住所	<input type="radio"/> センター宛 <input type="radio"/> 自治体担当課宛 <input type="radio"/> その他宛		※その他宛を選択された場合は、郵送先住所・宛名を必ずご記入ください。
FSN通信の配信方法	ファミリーサポートネットワーク事業ご参加の方はどちらか一方をお選びください <input type="radio"/> メール <input type="radio"/> FAX			
ご担当者(ご記入者)	氏名	電話:		
備考				

★本様式のデータ(Excel)をお使いになりたい場合は、協会サイトからダウンロードいただけます!

URL: <https://www.jaaww.or.jp/family-support/guidance/>

一般財団法人 女性労働協会 会長 岩田 三代 殿

入力例



2025年度『ファミリーサポートネットワーク事業』参加申込書
ファミサポくん(CD版)年間保守申込書

- ファミリーサポートネットワーク事業にご参加いただけるセンター様は、以下に必要事項をご記入の上、お申込みください。ファミサポくん(CD版)を利用されているセンター様はネットワーク事業参加費60,000円(ファミサポくんCD版保守無料)または『ファミサポくん(CD版)』年間保守のみ38,500円 どちらかを必ず選択してお申込みください。
- 「ファミサポくん」クラウド版のお申込みをご希望の方は、別紙「ファミサポくん」クラウド版購入申込書にてお申込みください。
- ファミリーサポートネットワーク事業は、センター運営を支援する事業であり、補償保険に付随するサービスではありません。ご加入にあたっては、それぞれお手続きが必要となります。
- お申し込みは原則として自治体単位となります。

上記事項を確認し、以下の通り、申し込みます。

記入日	2025年 4月 1日		※お申込締切: 4月末日 (5月以降にお申込みをご希望される場合はご連絡ください)	
申込 (あてはまるものにチェック)	<input checked="" type="radio"/> ファミリーサポートネットワーク事業に参加する 年間事業参加費 60,000円(税込) (ファミサポくん(CD版)年間保守無料を含む)			
	<input type="radio"/> ファミサポくん(CD版)年間保守38,500円(税込)			
ファミリー・サポート・センター	センター名(事業名) すこやかファミリー・サポート・センター			
	〒	000-1234	都道府県名をご記入ください 東京都	市区町村をご記入ください すこやか市
	以降の住所(番地まで)をご記入ください 1丁目2番地		センター名(事業名)、住所、 電話番号、FAX番号、E-mailアドレスが ある場合は 必ずご入力ください。	
	電話:	000-123-4567		FAX: 000-987-6543
	E-mail アドレス:	kosodate-center@sukoyaka.ac.jp		
	※迷惑メールに振り分けられないよう[w-women2a@]からのご連絡に使用できるメールアドレスをご記入下さい。 数字のゼロとアルファベットの"O"、数字の1とアルファベットの"l"、ハイフンとアンダーバー等、文字の区別がつかないようにご入力下さい。			
設置自治体 担当課	担当課名 すこやか市子ども家庭課			
	〒	000-1111	都道府県名をご記入ください 東京都	市区町村をご記入ください すこやか市
	以降の住所(番地まで)をご記入ください 3丁目4番地		建物名をご記入ください すこやか北庁舎5階	
	電話:	123-456-7890		FAX: 123-456-0000
	E-mail アドレス:	sukoyaka-01@city.lg.jp		
※迷惑メールに振り分けられないよう[w-women2a@jaaww.or.jp]からのメッセージ				
運営方法 (あてはまるもの1つに○)	<input type="radio"/> 直営 <input checked="" type="radio"/> 委託 <input type="radio"/> 補助 <input type="radio"/> 独自 <input type="radio"/> その他			
	運営団体名: NPO法人 すこやかグループ			
請求書	宛名	すこやか市長 育児 励男		
	送付方法	<input checked="" type="radio"/> データ送付でも可 <input type="radio"/> 原本郵送必須		
	データ送付先 メールアドレス	データ送付をご希望の方は、送付先メールアドレスを選択ください。 <input checked="" type="radio"/> センター宛 <input type="radio"/> 自治体担当課宛 <input type="radio"/> その他宛		
	その他の メールアドレス			
	原本郵送先	原本送付をご希望の方は、郵送先ご住所を選択ください。 <input type="radio"/> センター宛 <input type="radio"/> 自治体担当課宛 <input type="radio"/> その他宛		
その他の住所	〒			
※その他宛を選択された場合は、郵送先住所・宛名を必ずご記入ください。				
FSN通信の 配信方法	ファミリーサポートネットワーク事業ご参加の方はどちらか一方をお選びください			
	<input checked="" type="radio"/> メール <input type="radio"/> FAX			
ご担当者 (ご記入者)	氏名	子供 家庭		電話: 000-123-4567
備考	〇〇年△月より上記センター所在地に移転しました。 等			連絡事項をご入力下さい。

★本様式のデータ(Excel)をお使いになりたい場合は、協会サイトからダウンロードいただけます！

URL: <https://www.jaaww.or.jp/family-support/guidance/>