

保育サポーター登録票

登録番号

保育サポーターとして登録したいので、次のとおり申し込みます。

※ 群馬県医師会記入

年 月 日

公益社団法人 群馬県医師会長 様

氏名	ふりがな 印	性別	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所 電話	ふりがな				
	(〒 -)				
	TEL: ()		携帯電話: ()		
E-mail:					
学歴	<input type="checkbox"/> 中学卒 <input type="checkbox"/> 高校卒 <input type="checkbox"/> 専門学校卒 <input type="checkbox"/> 短大卒 <input type="checkbox"/> 大学卒 <input type="checkbox"/> その他 ()				
資格・免許	保育士の資格 (あり ・ なし) 看護師の資格 (あり ・ なし)		その他の資格 ()		
同居家族	配偶者 (有 ・ 無)		職業	1 雇用労働者 (フルタイム・パート)	
	子ども () 人 子どもの年齢 (歳) (歳) (歳) その他の同居家族:			2 自営業 ()	
移動手段	3 無職		4 その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ()				
援助できる日時等 (数字や○、☑を記入してください。)	週 (日) くらい 曜日は (月 火 水 木 金) 時間は (時 ~ 時)				
	土曜日は (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) できる場合の時間は (時 ~ 時)				
	日曜日は (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) できる場合の時間は (時 ~ 時)				
	祝日は (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) できる場合の時間は (時 ~ 時)				
	夜間について (<input type="checkbox"/> いつでもできる <input type="checkbox"/> 曜日限定でできる (曜日) <input type="checkbox"/> できる場合もある <input type="checkbox"/> できない)				
	保育時間の延長について (<input type="checkbox"/> 急な依頼でも対応できる <input type="checkbox"/> 事前に分かっていたら対応できる <input type="checkbox"/> できない) その他特記事項があれば ()				
援助できる内容等 (該当のところに○を記入願います (複数選択可)。○を付されるにあたっては、前項の日時等は考慮されることが前提です。)					
() 朝から夕方まで子供を預かることができる。					
() 保育施設等の開始前及び終了後子供を預かることができる。					
() 保育施設等へ子供の送迎を行うことができる。					
() その他 () ()					
援助の具体的事項について (該当項目に○を記入願います。 (複数選択可))					
保育場所	() サポーター宅を希望		() 医師宅を希望		() どちらでも可
病気の時	() 受診も含めて保育できる		() 場合 (程度等) によっては可能		() できない
子供の送迎	() 保育園若しくは学校のみ		() 習い事 (塾等) の送迎も可		() できない
子供の勉強 (宿題) の指導	() できる		() ある程度はできる		() できない
食事の支度	<医師宅で保育が可能な場合> () 保育児童の分のみ可 () 家族分も含めて可 () できない				
	<サポーター宅で保育の場合> () 保育児童の分はできる () できない				
掃除	<医師宅で保育が可能な場合> () できる () できない				
その他できることがあれば					
手当の希望額					
チャイルドシート装着について	() 可能 (サポーター宅で用意)		() 可能 (ただし、医師の方で用意)		() できない
その他何でも (自由記述)					
保育サポーターに法律上の賠償責任が認められる事故等に適用される賠償責任保険の範囲外のものについては、群馬県医師会及び相手方 (医師) の責任は一切問わないことを了承いたします。					

【個人情報の取り扱いについて】 ご記入いただいた情報は、保育支援を求める医師に情報提供する目的以外には使用いたしません。また、情報は適切に管理いたします。(公益社団法人 群馬県医師会)

自宅付近略図を記入して下さい

--

講習会の受講記録

日付						
確認欄						
備考欄						

写真（縦4 cm×横3 cm程度）

--