

保 育 支 援 申 込 書

受付番号

※ 群馬県医師会記入

年 月 日

公益社団法人 群馬県医師会 会長 殿

申込者氏名	ふりがな		勤務先医療機関名		診療科目
	生年月日	年 月 日			
住所等	ふりがな (千 ー)				
	E-mail			Tel () ー	
緊急連絡先 (自宅以外)	医師携帯電話 ()		医師勤務先 ()		その他 ()
家族構成	配偶者 (☐ 有 ・ ☐ 無)、子ども () 人 ; 子どもの年齢 () () () () その他同居家族等 ()				
	配偶者 有の場合	ふりがな 氏名	勤務先		連絡先
支援体制	☐ 実父 ☐ 実母 ☐ 義父 ☐ 義母 の支援が可能				
	その他支援が可能な家族等 ()				
援助の 必要 な 児 童	名前 (ふりがな)		性別	生年月日	年齢
	()		男・女	・	・
	()		男・女	・	・
	()		男・女	・	・
	()		男・女	・	・
	食事や健康状態で特に伝えておきたいこと[アレルギー・食事制限]、その他				
	かかりつけの医院・病院			住所・電話番号	
				〒 ー Tel () ー	
				〒 ー Tel () ー	
	習い事・塾等				
			〒 ー Tel () ー		
			〒 ー Tel () ー		
援助を希望する 内容や曜日・時間等 (数字や☑を 記入してくだ さい。) (注意) 自宅 とは医師宅を 指します	☐ 保育施設等の開始前及び終了後、子供を預かってほしい。				
	☐ 土日祝日に子供を預かってほしい。				
	☐ 保育施設等へ子供の送迎 (自宅から施設等へ、施設等から自宅へ) をしてほしい。				
	・希望曜日等 (☐ 月 ・ ☐ 火 ・ ☐ 水 ・ ☐ 木 ・ ☐ 金 ・ ☐ 土 ・ ☐ 日 ・ ☐ 祝日も) ・希望時間帯 (時～ 時まで) (希望される曜日や時間帯について、補足説明が必要であれば下欄にご記入ください。)				

援助を希望する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	☐ 医師宅を希望	☐ サポーター宅を希望	☐ どちらでも可
病気の時	☐ 症状が軽いときなど、病状によっては保育を希望		
子供の送迎	☐ 保育園 (幼稚園) 若しくは学校等	☐ 習い事 (塾等) の送迎	☐ 不要
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 ☐ 家族分も含めて ☐ 不要		
	<サポーター宅で保育の場合> ☐ 必要 ☐ 不要		

その他希望することや 連絡事項があれば	
------------------------	--

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（保育サポーター）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、サポーター候補者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）

（付表）

自宅付近略図を記入して下さい

※ Googleマップ等を印刷したものの貼付で結構です。