

登録番号

## 広島県医師会保育サポーター申込書

記入日 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女
氏名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)	
ふりがな		
現住所	(〒 - )	
電話	TEL:	携帯:
E-mail	pc:	
	携帯:	
資格・免許	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 小学校教諭 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師	
	上記以外の資格・免許	
支援できる日時	曜日(月・火・水・木・金) 時間(時～時、時～時)	
	土・日・祝(□可 □不可) 時間(時～時、時～時)	
	保育時間の延長(□可 □不可)	
支援できる内容	<input type="checkbox"/> 子どもの預かりができる (□サポーター宅 □医師宅 □どちらでも可)	
	<input type="checkbox"/> 子どもの体調が少し悪くても預かれる (□サポーター宅 □医師宅 □どちらでも)	
	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・お稽古事などへの送迎ができる	
	<input type="checkbox"/> 子どもの食事だけなら必要な時は準備できる □医師宅での掃除、料理などの家事援助ができる	
よろしければ参考として、応募動機、子育て経験、子育て支援体験などをお書き下さい。		
同居のご家族: 有 ・ 無 (具体的に)	ペット: 有 ・ 無 (具体的に)	
計 人		
その他ご要望があればお書き下さい。		

【個人情報の取り扱いについて】ご記入いただいた情報は、依頼会員に情報提供する目的以外には使用いたしません。また、個人情報(個人情報保護法第2条1項に定められたものをいう)については、個人情報保護法の規定に則り適切に管理いたします。(広島県医師会)