

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。

平成 年 月 日

山口県医師会長 殿

氏名	ふりがな 印	性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
住所	ふりがな				
	(〒 -)				
	TEL. (自宅) ()			TEL. (携帯)	
	E-mail (ある場合のみ)				
学歴	中学卒、 高校卒、 専門学校卒、 短大卒、 大学卒、 その他 ()				
資格・免許	保育士の資格 (あり ・ なし)		その他の資格 ()		
	看護師の資格 (あり ・ なし)				
同居家族	配偶者 (有 ・ 無)		職業	1 フルタイム勤務	
	子ども ()人			2 パート勤務	
	子どもの年齢 (歳) (歳) (歳)			勤務曜日 () 勤務時間 (時 ~ 時)	
	その他の同居家族			3 自営業	
				4 無職	
		5 その他 ()			
育児・保育経験	あり ・ なし		移動手段	・ 自家用車 ・ タクシー ・ 公共交通機関	
支援できる日時等について	支援できる日時が限られている方は支援可能な曜日や時間帯を下記に記入してください。				
	支援可能な曜日 (月、火、水、木、金、土、日、祝)、支援可能な時間帯 (時 ~ 時、 時 ~ 時)				
	現段階で支援可能日や時間帯を特定できない方で、支援が不可能な時間帯等がある方は下記に記入してください。				
	支援不可能な曜日や時間帯 ()				
	その他、支援の日時等についてご希望や補足することがあれば記入してください。				
支援する場所	() サポーター宅を希望		() 医師宅を希望		() どちらでも可
子どもに対する支援内容について (複数選択可)					
() 子どもの預かりができる () 少しは体調が悪くても預かれる () 病院への受診もできる					
() 保育園・幼稚園や塾への送迎ができる () 子どもの食事だけなら必要なときは準備できる。					
家事支援等について (医師宅での支援が可能な方のみ記入。複数選択可) (医師宅での支援不可の方は記入不要)					
() 掃除可能 () 家族全員の食事の支度可能 () 洗濯可能 その他あれば ()					
手当の希望額 (特にある場合にのみ記入)			時給	円、	月給 円、 その他
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、山口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しています。					

<裏面に自宅の位置図をご記入ください。 >

【個人情報の取り扱いについて】ご記入いただいた情報は、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。(山口県医師会)