## 保育サポーター登録票

登録番号	

「長崎医師保育サポートシステム」の保育サポーターに登録を申し込みます。 ※担当者が記入します。

	年			月		日			写真					
あじさいプロジェクト 御中									この枠内に入る大きさ。お手持ちのスナップでも0 K。					
氏 名	ふりがな							男	登録票をご持参いただける場合は、その場で撮影します。					
							印	1 •						
								女						
<b>先</b> 左日口	昭和	<b>∕</b> −				# /	_	+)						
生年月日	平成	年		月	П	生 (	•	才)						
			ふりた	, バな→										
	<del>-</del>													
	電話(自	<del></del> 宅)						(携帯)						
住所など	パソコンも	か携帯		ールアドレ	ノス									
	パソコンや携帯のメールアドレス   ※支援活動の紹介などをご記入のメールアドレスにご連絡します。info01@nagasaki-ajisai.jpからのメールを受信できるよう、携帯電													
	※支援活動の紹介などをこ記入のメールアドレスにこ連絡します。info01@nagasaki-ajisai.jpからのメールを受信できるよう、携帯電 話・スマートフォン等の設定をお願いします。設定方法がご不明の場合は、サポーター登録面談の際にお知らせください。													
	最寄のバス	《停等							ふだんの	移動手段				
	保育士の資	格 (		·	<del></del> 無	)	その	 他の資格	(		)			
貝恰	看護師の資格			ī ·	無	)			(		)			
	教諭の資格	(幼		小 · 他		無 )			(		)			
	 ご自身の子	育て経	 験	 有(	)人	· 無	—— 市町(	ンファミリーサポートまかせて(提供)会員の資格( 有 ・ 無 )						
	◆最終学歴(年卒)学校名:													
 現在の	1 、雇用労	・												
職業	3、主婦・第	無職					4、その他	)他 ( )						
健康面	◆喫煙習慣	ご本	人( 有	· 無 ) ご家	族の噂	梁煙(有・無	( ) ◆ご本	人の健康(	良・心	配 )				
	年	月	~	年	月	会 社 等 名 称								
			~											
主な職歴			~											
工/84째/正														
			~											
			~											
	结扣				<b>エ</b> 夕			₩-DI	左脸	↓ご自宅で	保育ができる方はご記入ください			
同居の家族など	続柄				氏名			性別 男・女	年齢		学校・会社等名称			
								男・女男・女						
								男・女男・女						
								男・女						
2011X/BC								男・女						
								男・女						
	※ペットのネ	種類(·	犬・猫		記入く									

●活動ができる時間帯について(活動ができる時間帯の枠に○**印**、または、活動ができない時間帯の枠に**×印**を記入してください。)

※ここに申請した時間帯は絶対に引き受けなければならない、ということはありません。(断ることもできますので、随時調整ください。)

月	火	水	木	金	土	日	活動時間に関する補足
	Я	A X	月 火 水 	月 火 水 木	月 欠 水 木 金	月 火 水 木 宝 工	月 火 水 木 金 工 日

●活動ができる時間帯の具体的事項について(該当事項に○**印**を記入してください。複数回答可)

保育場所	( )保育サポーター宅希望 ( )医師宅希望 ( )どちらでも可										
お子さんの年齢	( )特に限定はしない ( )乳児は避けたい その他希望があれば→										
	※乳児の保育に関して ( )おむつ交換ができる ( )沐浴ができる										
お子さんの送迎	(  )できる ・家⇔保育施設・保育施設→習い事→家、など        (  )できない										
できるに○の方は→	( )自家用車 ( )徒歩 ( )バス ( )電車 ( )タクシー・その他										
	注:自家用車による事故等は、システムの保険が適用できません。①②ともに該当するか、契約している保険をご確認ください。										
	①「補償される運転者の範囲」にご自身が含まれている ②「人身傷害保険」または「搭乗者傷害保険」に加入している										
自家用車に○の方は→	個人の保険で対応する→( 可 ・不可 ) チャイルドシート→( )貸与希望 ( )保育サポーター宅で用意可能										
病気のとき	( ) 受診も含めて保育できる 注:原則、初回の受診は保護者がおこない、再受診をサポートする活動を想定										
	( )軽症の病児の見守りは可能 ( )病児の見守りはできない										
囲で等)	食事の支度→( )お子さんの分ならできる ( )家族の分もできる ( )できない										
	掃除・片付け→( )できる ( )お風呂場,子ども部屋など限定してできる ( )できない										
	洗濯→( )できる ( )取り込みやたたむことはできる ( )できない										
自由記述											

※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、あじさいプロジェクトおよび相手方(医師)の責任は 一切問わないことを了承します。

【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やあじさいプロジェクト活動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。(あじさいプロジェクト)