利用者登録申込書（医師用）

受付番号　No.

※担当者が記入します。

「長崎医師保育サポートシステム」に利用登録を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

あじさいプロジェクト　御中

ふりがな	※ふりがな自動		性別	□男性 □女性	年齢 才	生年月日 年　月　日生		
氏　名								
住　所	〒	↓建物名まで（あれば）						
	市 郡　　町							
勤務先			診療科/所属部署					
本人連絡先 ※必須	携帯電話		勤務先電話番号					
	携帯メールアドレス							
	ＰＣメールアドレス							
緊急連絡先	ふりがな	※ふりがな自動	続柄					
	氏名			携帯電話				
支援を受けたいお子さん		人	それぞれの年齢	才	才	才		
同居家族	配偶者 □有 □無	その他						

●支援の内容についてのお尋ね　**複数チェック可**

1、預かりの場所　→　□医師宅　□サポーター宅　□どちらでも可

※保育サポーターの車をとめる場所　□有　□無

2、想定される支援内容

※わかる範囲でご記入ください。

□保育施設、学校へのお迎え
- □定期的（曜日や時間など）
- □不定期（具体的な内容）

□居宅での保育、見守り
- □定期的（曜日や時間など）
- □不定期（具体的な内容）

※食事時間にかかったときは

□塾や習い事への送迎
- □定期的（曜日や時間など）
- □不定期（具体的な内容）

□朝、保育施設への送り
- □定期的（曜日や時間など）
- □不定期（具体的な内容）

□病気（軽症）のときの保育、見守り

□病児保育施設に預けられなかったときの保育、見守り

□勉強会、学会などへの参加の際の預かり

□簡単な家事（保育、見守りに支障のない範囲で）

その他（今の時点で想定されること）

3、保育サポーター人選への希望→　□特にこだわらない　□保育士等の有資格者を優先

4、お子さんを連れて移動する場合→　□公共交通機関　□タクシー　□サポーター自家用車

※注意 自家用車での事故等に関してはシステムの保険適用外となります。

●お子さんの情報

ふりがな 氏　名	※ふりがな自動	性別	□ 男性 □ 女性	才	か月	生年月日 年	月	日生
通園（学）先				習い事				
アレルギー □ 無	□ 有	食べ物				動物 その他		
アレルギーがある場合詳しく→								
介助の必要 □ 無	食事： □ 哺乳びん □ 離乳食 □ 普通食だが手助けがいる							
	排泄： □ オムツ □ 手助けがいる							
その他 伝えておきたいこと								

ふりがな 氏　名	※ふりがな自動	性別	□ 男性 □ 女性	才	か月	生年月日 年	月	日生
通園（学）先				習い事				
アレルギー □ 無	□ 有	食べ物				動物 その他		
アレルギーがある場合詳しく→								
介助の必要 □ 無	食事： □ 哺乳びん □ 離乳食 □ 普通食だが手助けがいる							
	排泄： □ オムツ □ 手助けがいる							
その他 伝えておきたいこと								

ふりがな 氏　名	※ふりがな自動	性別	□ 男性 □ 女性	才	か月	生年月日 年	月	日生
通園（学）先				習い事				
アレルギー □ 無	□ 有	食べ物				動物 その他		
アレルギーがある場合詳しく→								
介助の必要 □ 無	食事： □ 哺乳びん □ 離乳食 □ 普通食だが手助けがいる							
	排泄： □ オムツ □ 手助けがいる							
その他 伝えておきたいこと								

かかりつけの病院等

	病（医）院名	所在地	電話
小児科			
病児保育			
その他			

●コーディネーターとの面談（約１５～２０分、依頼内容の確認など）の日時などについて

・ご希望の曜日(平日)、時間帯があれば→

・面談場所→ □ 長崎大学病院（こちらで面談室を予約します）

□ その他（調整のため、こちらからご連絡します）

★面談のあと、コーディネーターが保育サポーター数名と交渉し、条件が合えば顔合わせとなります。

※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（保育サポーター）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、保育サポーター候補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）