

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 群馬県医師会長 殿

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				
	(〒 -)				
	E-mail		Tel () -		
緊急連絡先 (自宅以外)	医師携帯電話 ()	医師勤務先 ()	その他 ()		
援助の 必要 な 児 童	名前 (ふりがな)	性別	生年月日	年齢	保育園 (所) ・幼稚園 ・学校等
	()	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		
			〒 -		
			Tel () -		
			〒 -		
		Tel () -			
習い事・塾等					
		〒 -			
		Tel () -			
		〒 -			
		Tel () -			
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	<input type="checkbox"/> 保育施設等の開始前及び終了後、子供を預かってほしい。				
	<input type="checkbox"/> 土日祝日に子供を預かってほしい。				
	<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育をしてほしい。				
	<input type="checkbox"/> 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。				
	<input type="checkbox"/> 希望曜日等 (<input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 火 ・ <input type="checkbox"/> 水 ・ <input type="checkbox"/> 木 ・ <input type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土 ・ <input type="checkbox"/> 日 ・ <input type="checkbox"/> 祝日も) <input type="checkbox"/> 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。)				
<input type="checkbox"/> その他の支援を希望 (希望される支援内容について下欄に具体的にご記入ください。)					
その他 夜間の保育若しくは宿泊、時間の延長 (突発、事前連絡ありの場合) について、現段階で希望があれば下欄に記載してください。					
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	<input type="checkbox"/> サポーター宅を希望 <input type="checkbox"/> 医師宅を希望 <input type="checkbox"/> どちらでも可				
病気の時	<input type="checkbox"/> 基本的には保育してほしい <input type="checkbox"/> 症状が軽いときなど、症状によっては保育してほしい <input type="checkbox"/> 保育してもらう時は受診もお願いしたい <input type="checkbox"/> 保育も受診もお願いしない				
子供の送迎	<input type="checkbox"/> 保育園 (幼稚園) 若しくは学校のみ <input type="checkbox"/> 習い事 (塾等) の送迎も <input type="checkbox"/> 不要				
食事の支度	<医師宅で保育が可能な場合> <input type="checkbox"/> 保育児童の分のみ <input type="checkbox"/> 家族分も含めて <input type="checkbox"/> 不要 <サポーター宅で保育の場合> <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要				
その他希望することがあれば					
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)

家族構成	配偶者 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)、子ども () 人 ; 子どもの年齢 () () () () その他の同居家族等 ()
------	---

支援体制	<input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 の支援が可能 その他支援が可能な家族等 ()
------	--

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。