

●依頼会員になることを希望する方は記入してください。

援助の必要なこどもの状況	ふりがな	生年月日	性別	保育所・小学校・児童クラブ等	留意事項（体質・病歴・主治医等）
	氏名				
		・	男・女		
		・	男・女		
		・	男・女		
		・	男・女		
主に利用したい援助					
その他特記事項					

●提供会員になることを希望する方は記入してください。

援助できる日時等	曜日	月・火・水・木・金・土・日・祝日（1週 日）							
	時間	①	:	～	:	②	～	:	（1日 時間）
車での送迎	可（範囲：片道 km）・不可			軽度病児の保育	可・不可				
免許と経験年数 その他	1. 保育士（ 年）	2. 幼稚園教諭（ 年）	3. 小学校教諭（ 年）	4. 看護師（ 年）	5. その他の免許〔 〕（ 年）	6. 自分のこどもを育てた経験がある（ 人）	7. 自分のこども以外の子守りをした経験がある（ 年）		
その他	1. タバコを吸いますか		はい・いいえ			2. ペットは飼っていますか		はい・いいえ	
	3. 毎年、健康診断等を受けていますか		はい・いいえ						
特記事項									