

平成 28 年度女性医師保育支援サービスモデル事業申込書

【申込期限：平成 28 年 9 月 3 日（土）】

記入日：平成 年 月 日

ふりがな 医師氏名						
会員区分		会 員 ・ 非会員				
自 宅	住 所					
	電話番号	()	-		-	
勤 務 先	勤務先名					
	電話番号	()	-		-	
メールアドレス						
対象となるお子様情報 (6か月～小学生まで)	①	ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
		年 齢	歳	か月		
	②	ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
		年 齢	歳	か月		
	③	ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
		年 齢	歳	か月		
	④	ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
		年 齢	歳	か月		
	⑤	ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
		年 齢	歳	か月		

平成 28 年度女性医師保育支援サービスモデル事業 利用内容聴取票

地理的条件及び利用内容等を勘案し、担当の保育サポーターをマッチングしますので、1～4の問いについて、○印または語句をご記入ください。

1 利用頻度について (いずれかに○印をつけてください)

a 定期的 → 頻度：月_____回または、週_____回

利用開始予定：_____年_____月

b 緊急時や急用時等

c 未定

d その他 (_____)

2 利用内容について (複数回答可)

a 保育所や児童クラブ等へ送迎

b 帰宅後や放課後の預かり

c 保育所・学童等休み時の預かり

d 病気回復期で保育所等への通所が困難な場合の預かり

e 急な残業や出張の際の預かり

f 買い物や美容室等、リフレッシュ時の預かり

g 未定

h その他 (_____)

3 お子さんの預かり場所について

a 保育サポーターの自宅

b 女性医師の自宅

c その他 (_____)

4 勤務状況について

勤務状況	勤務先	
	午 前	午 後
月曜日		
火曜日		
水曜日		
木曜日		
金曜日		
土曜日		
日曜日		