



●提供会員に入会希望の方が記入してください。

提供できる日 時等	曜 日	月・火・水・木・金・土・日 (1週 日・祝日可)
	時 間	
	備 考	
車の送迎	可 ・ 不可	

免許 経験年数 その他	1 保育士( 年)	2 小学校教諭( 年)	A タバコを吸いますか はい・いいえ
	3 看護師( 年)	4 幼稚園教諭( 年)	
	5 自分の子どもを育てた経験がある( 人)	6 自分の子ども以外を子守りした経験がある( 年)	B ペットを飼っていますか はい・いいえ ↓ (犬・猫・小鳥・ その他 ) ※依頼会員のみ記入
	7 その他( )	8 なし	C 毎年、市の健康診断等… 受けている・受けていない

○センターが記入します。

研修 会参 加状 況	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	入会	年 月 日
												退会	年 月 日

※ 相互援助活動中に生じた事故については、当事者間で解決するものとし、センターは責任を負いません。