

保育スタッフ登録書

※以下の項目について□にチェックを入れてください。

会員 No.		受付日	年	月	日
		担当者:			

ふりがな					写真
氏名	(印)				
住所	〒				
生年月日	西暦	年	月	日 (歳)	
電話番号	自宅	FAX			
携帯電話					
メールアドレス	@				
緊急連絡先	ふりがな				
	① 氏名	続柄()	携帯		
緊急連絡先	ふりがな				
	② 氏名	続柄()	携帯		
就労の状況	□無 □有				
	勤務先	会社名: 住所: 電話番号:			
同居家族	配偶者	□無	□有	(歳)	
	子ども	人	(歳	歳	歳)
同居家族	その他 () ペット()				
予防接種	□ツベルクリン反応 □BCG □風疹 □麻疹 □水痘 □B型肝炎				
	□インフルエンザ (最終摂取年 年)				
	□その他()				
既往歴	□高血圧 □心疾患 □糖尿病 □腎疾患 □メンタル面				
	□アレルギー □その他() □アレルギー()				
所有資格	□保育士 □幼稚園教諭 □小中高教諭 □看護師 □ヘルパー				
	□ファミサポ □子育て支援員 □その他()				
上記資格での実務経験	□無 □有				
	年 ~ 年				

喫煙経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:現在の喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 無(年 月から禁煙) <input type="checkbox"/> 有					
登録経緯	<input type="checkbox"/> 紹介(様) <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> フェイスブック <input type="checkbox"/> その他()					
運転免許証	普通自動車免許証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> その他()					
自家用車の の所有状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	<input type="checkbox"/> 普通車 <input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> セダン <input type="checkbox"/> ミニバン <input type="checkbox"/> 1BOX <input type="checkbox"/> その他()					
活動可能 時間帯	曜日	月	:	~	:	
		火	:	~	:	
		水	:	~	:	
		木	:	~	:	
		金	:	~	:	
		土	:	~	:	
		日	:	~	:	
ご希望などございましたらご記入ください。						
講習参加日	/	/	/	/	/	/

事務局確認使用欄 ご登録者様お名前:

本人確認 書類 及び ご準備して 頂く書類	1.運転免許証、パスポート、健康保険証等のコピー	確認日(/)
	2.車検証、自賠責、任意保険のコピー	確認日(/)
	3.写真(3×4センチ、1枚/もしくはデジカメ画像)	確認日(/)
	4.資格を証明するもののコピー	確認日(/)
	5.印鑑	確認日(/)
備考欄		

ご自宅付近地図（自宅を中心に目印を分かりやすくご記入ください）

ご氏名：

WEB から印刷したものを添付して下さっても結構です。ご自宅に目印をつけて下さい。