

草津市赤ちゃんの駅子育て相談者登録申請書

ふりがな			大・昭・平		
氏名		生年月日	年 月 日生	性別	男・女
住所			電話番号		
			F A X		
自宅以外の連絡先	携帯電話		Eメール		
	自宅以外に連絡するときの曜日・時間帯など				
登録内容 該当箇所に☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 保育士資格者（乳幼児に関する子育て相談）				
	<input type="checkbox"/> 保健師資格者（乳幼児に関する健康相談）				
	<input type="checkbox"/> 栄養士資格者（乳幼児に関する食育相談）				
(PR) 経験など					
活動可能日	<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"/> 全部 <input type="checkbox"/> その他				
活動時間帯					
活動可能地域	<input type="checkbox"/> 市内どこでも可 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）				

※申請書の他、登録内容の資格者証の写しも添付してください。

草津市赤ちゃんの駅相談者募集要項の趣旨に賛同し、子育て相談者として、上記のとおり登録することを申請します。

年 月 日

氏名 _____ 印

事務局記載欄	年 月 日受付	担当者	
--------	---------	-----	--