

殿

病児保育実習申込書

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 申込者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
現住所	〒				
保有資格	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 認定ベビーシッター <input type="checkbox"/> チャイルド minder <input type="checkbox"/> その他 ()				
生年月日	昭 平 年 月 日	職業	<input type="checkbox"/> 保育事業勤務 (勤務先：) <input type="checkbox"/> その他 (詳細：)		
連絡先	電話番号				
	携帯電話				
	メールアドレス				
緊急連絡先 ※本人以外	連絡先名	(本人との関係：)			
	電話番号				
保険の加入について	実習先への補償	<input checked="" type="checkbox"/> 加入済 <補償内容> ・人身1名5000万円 ・1事故5000万円 ・財物1000万円	保険者	株式会社損害保険ジャパン	
	実習生本人の補償	<input type="checkbox"/> 加入済	保険者		
抗体検査・ワクチン接種	別紙にて記載。他については必要に応じて提出いたしますので、「実習受け入れ条件等連絡票」にてご指示ください。				
実習日程 *合計24時間の実習をお願いいたします	オリエンテーション	令和 年 月 日 ()			
	1日目	令和 年 月 日 ()			
	2日目	令和 年 月 日 ()			
	3日目	令和 年 月 日 ()			
希望する実習内容	<ul style="list-style-type: none"> ■ 開始・終了時の引き継ぎ ■ 水分補給 ■ 食事介助 ■ 排泄 (トイレのサポート・おむつ替え) ■ 寝かしつけ ■ 検温 ■ ほか (環境づくり・病状を配慮した遊び・投薬・調乳・授乳・SIDSチェックなど) 				
実習希望理由					