

# ベビーシッター サービス アイル 利用申込書

申込み日 平成 年 月 日

ふりがな				当社規約に同意の上 申込みます。  印		
ご家族代表者 氏名						
住所	〒					
電話	( ) -					
メールアドレス						
緊急連絡先	ふりがな	続柄	TEL(保育中につながる番号)			
	①氏名	( )	( )	-		
緊急連絡先	ふりがな	続柄	TEL(保育中につながる番号)			
	②氏名	( )	( )	-		
お父様か お母様の 勤務先	会社名	TEL		( ) -		
	所在地					
掛かり付け 病院	病院名	担当医師				
	所在地	TEL ( ) -				
保険証	国保	健保	被保険者名			
	記号	番号				
お子様のお名前	ご家庭での呼び方	生年月日		血液型		
ふりがな		平成	年	月	日	型
ふりがな		平成	年	月	日	型
ふりがな		平成	年	月	日	型

# 調査表

① お子様の健康状態についてお聞きいたします。

(既往症・アレルギーなど)

② ペットについて

無 有 (種類 )

③ 自宅地図

最寄りの駅(バス停)からご自宅までの道順を記入して下さい

最寄りの駅名 西鉄 JR バス その他( )  
線 駅 (駅からご自宅まで徒歩 分)

バス停名

駅 (バス停からご自宅まで徒歩 分)

## アンケート

①こちらは何でお知りになりましたか？

②ご両親の育児方針・教育方針を教えてください。(気を付けられていることなど)

③シッターにどのような保育(シッティング)を望みますか？

- ・ 資格のある人
- ・ 経験豊富な人
- ・ 育児経験がある人
- ・ 厳しくできる人
- ・ 優しい人
- ・ 教養のある人
- ・ 躰のできる人
- ・ 明るく活発な人

その他ご要望など

④ご利用はどのようにお考えですか？

- ・ 週 回の利用を考えている ( 月 火 水 木 金 土 日 )
- ・ 必要に応じての利用を考えている
- ・ 病気の時の利用を考えている
- ・ 園や習い事などの送迎利用を考えている

その他の希望など

⑤あったらいいなと思われるサービスがあればご記入ください

⑥会社に望まれることがあればご記入ください

ご協力ありがとうございました