**宮崎県医師会地域医療課　行（枚数1/2）**

**メール（mma-work-in-life@miyazaki.med.or.jp）またはFAX（0985-27-6550）**

令和７年度女性医師等保育支援サービスシステム事業申込書

【申込期限：令和７年７月25日（金）】

記入日：令和７年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな医師氏名 |  |
| 会員区分 | 会　員　　・　　非会員 |
| 自　宅 | 住　 所 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 電話番号 | 　（　　　　　　）－　　　　　－ |
| 勤務先 | 勤務先名 |  |
| 診療科名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | （　　　　　　）－　　　　　－ |
| メールアドレス |  |
| （６か月～　歳まで）[サイドバーのタイトル][サイドバーは、テキストの重要なポイントを強調したり、スケジュールなどの情報を追加して簡単に参照できるようにしたりするのに便利です。これらは通常、ページの左側、右側、上部、または下部に配置されますが、ドラッグして好きな位置に簡単に動かせます。内容を追加する準備ができたら、ここをクリックして入力を始めましょう。]対象となるお子様情報12 | ① | ふりがな氏　名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　 　年　 　月　 　日　（　　　歳　　　か月） |
| ② | ふりがな氏　名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　 　年　 　月　 　日　（　　　歳　　　か月） |
| ③ | ふりがな氏　名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　 　年　 　月　 　日　（　　　歳　　　か月） |
| ④ | ふりがな氏　名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　 　年　 　月　 　日　（　　　歳　　　か月） |
| ⑤ | ふりがな氏　名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　 　年　 　月　 　日　（　　　歳　　　か月） |

令和７年度女性医師等保育支援サービスシステム事業

**宮崎県医師会地域医療課　行（枚数2/2）**

**メール（mma-work-in-life@miyazaki.med.or.jp）またはFAX（0985-27-6550）**

利用内容聴取票

地理的条件及び利用内容等を勘案し、担当の保育サポーターをマッチングしますので、１～４の問いについて、○印または語句をご記入ください。

１　利用頻度について（いずれかに○印をつけてください）

a 定期的　→　頻度：月　　　回または、週　　　回

利用開始予定：　　　年　　　月

b 自身の緊急時や急用時等

c お子様の発熱時や休園、休校時等

d 未定

e その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　利用内容について（複数回答可）

a 保育所や児童クラブ等へ送迎

b　 塾や習い事等への送迎

c 帰宅後や放課後の預かり

d 保育所・学校等休み時の預かり

e 病気回復期で保育所等への通所が困難な場合の預かり

f 残業や出張の際の預かり

g 買い物や美容室等、リフレッシュ時の預かり

h 未定

i その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　お子さんの預かり場所について

a 保育サポーターの自宅

b　 女性医師等の自宅

c その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　勤務状況について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務状況 | 時間帯 | 勤務先 |
| 月曜日 |  |  |
| 火曜日 |  |  |
| 水曜日 |  |  |
| 木曜日 |  |  |
| 金曜日 |  |  |
| 土曜日 |  |  |
| 日曜日 |  |  |