

ワーカー登録カード

認定NPO法人
活き生きネットワーク

会員番号W17-

登録日：H 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 (S H) 年 月 日	写真添付
(郵便番号 -) 住所		
電話 () -	FAX -	

携帯電話 メールアドレス

最終学歴 学校名： 卒業

主な職歴		
勤務期間	勤務先	職務内容
～		
～		
～		
～		

家族構成 (扶養義務のある方は印してください)

氏名	続柄	年齢	勤務先・学校/学年

有する資格をご記入、囲んでください	可能業務 (○をつけてください)
普通自動車免許 ヘルパー 級・ 介護福祉士	高齢者訪問 掃除 泊まり 食事作り
初任者研修修了 ・ 保育士 ・ 幼稚園教諭	視覚障害者移動 ・ 居宅 全身性障害者介護
看護師 ・ 社会福祉士 ・ 介護支援専門員	知的障害者移動 ・ 居宅 通院付添い
その他	緊急サポ ベビーシッター ペットの世話

ヘルパー可能時間帯 (可能な時間帯を斜線してください)

	月	火	水	木	金	土	日
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							

誓いのことば

私は活き生きネットワークの活動の理念を大切に、できるかぎりの知恵をしぼり、
学ぶ姿勢を大切に、ひとりひとりが活き生きと生きるお手伝いをいたします。
就業中、又は退職後も業務上知り得た利用者、家族の秘密・個人情報をも漏らしません。

署名 _____

おねがい会員登録カード

登録日：H 年 月 日

生き生き子育て緊急サポート

会員 No.	ふりがな	生年月日	T	S	H
	氏名	年	月	日	歳

(〒 -)
住 所

電 話 () - FAX -
携帯電話 mailアドレス

家族構成 (対象のお子さんは印してください)

氏名	続柄	職務・学校名	備考(呼び方など)

緊急連絡先

①	続柄	勤務先 TEL
②	続柄	勤務先 TEL
③	続柄	勤務先 TEL

かかりつけ 医院・病院	内 科	保険証の種類・番号
	外 科	
	その他	

<p>産まれた時の状態</p> <p>♪体重 _____ g ♪身長 _____ cm</p> <p>♪出生 第 _____ 子 ♪平均体温 _____ ℃</p> <p>♪分娩の経過 正常・異常・逆子・吸引・帝王切開</p> <p>☆ひきつけを起こした事は ある ・ ない</p> <p>☆脱臼の癖が ある ・ ない</p> <p>★1日の授乳回数 _____ 回 _____ 時間おき</p> <p>★授乳量 _____ CCを _____ 分位で</p> <p>★離乳食 ・ 普通食 ・ アレルギー 有・無</p> <p>★食べられない食べ物</p>	<p>睡眠について</p> <p>♪お昼寝の時間</p> <p>♪就寝時間</p> <p>♪寝かせ方</p> <p>☆保育に関して気をつけている事・お願いなど</p>
--	---