

平成30年度 夏期保育体験参加申込書

平成30年 月 日

社会福祉法人伊勢原市社会福祉協議会長 殿

〒
申請者 住所 _____
(保護者)
氏名 _____ 印

次のとおり夏期保育体験に参加したいので申込みます。

◆日程(下記日程の中から第1希望・第2希望をご記入下さい。)					
☆1グループ	[7月24日(火)～7月26日(木)]	募集人数	7人		
☆2グループ	[7月31日(火)～8月2日(木)]	募集人数	9人		
☆3グループ	[8月7日(火)～8月9日(木)]	募集人数	9人		
☆4グループ	[8月14日(火)～8月16日(木)]	募集人数	2人		
☆5グループ	[8月21日(火)～8月23日(木)]	募集人数	5人		
◆第1希望	第()グループ 月 日(火)～月 日(木)				
◆第2希望	第()グループ 月 日(火)～月 日(木)				
氏名(ふりがな)	性別	年齢	学年	学校名	健康状態
					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他 ()
◆持病(アレルギー)はございますか。					
<input type="checkbox"/> ある 内容() <input type="checkbox"/> ない ※食物アレルギーのある方は弁当を持参していただきます。					
◆連絡先(ご自宅の電話番号と体験時に常時連絡が取れる保護者の方の携帯番号をご記入下さい。)					
自宅番号			携帯番号		
◆過去に保育体験へ参加をしたことがありますか。					
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※過去に参加経験のある場合は、下欄にご記入下さい。 平成 年 体験先施設名: 保育園					
◆市内の保育園を卒園された方に伺います。卒園した保育園での参加を希望しますか。					
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※希望すると回答された方は、どこの保育園を卒園されましたか。 保育園					
◆平成30年度全国社会福祉協議会ボランティア活動保険に加入していますか。					
<input type="checkbox"/> 加入済(平成30年度に社会福祉協議会の窓口で手続きをされた方) <input type="checkbox"/> 未加入					
◇保育体験参加に伴い、ボランティア活動保険への加入及び腸内細菌検査を受けていただきます。 保険料、補償金額についてはチラシの裏面をご参照下さい。 天災タイプは、基本タイプの補償に加え、天災(地震・噴火・津波等)によるケガも対象となります。 基本タイプ350円～天災タイプ710円。平成30年度にすでに加入済の方は必要ありません。 ◇腸内細菌検査代は430円です。					

- ※1 記載内容に基づき参加者名簿を作成し、実習先施設へ配布することをあらかじめ御了承ください。
- ※2 キャンセルに伴う参加費の返金は、社会福祉協議会窓口で行います。
- ※3 ボランティア保険代は返金できません。
- ※4 腸内細菌検査の検体提出後にキャンセルをされた場合、腸内細菌検査代は返金できません。