

様式第1号の2(第3条関係)

旭川市子育て支援人材バンク登録申込書

(宛先) 特定非営利活動法人旭川NPOサポートセンター

団体名 (ふりがな)	
設立年月日	年 月 日(活動年数 年 か月)
団体HPアドレス	http:
団体メールアドレス	E-mail:
ふりがな	
代表者氏名	
代表者住所	
代表者連絡先	電話() - FAX() -
担当者連絡先 (事務局)	氏名 / 役職 電話() - FAX() -
活動希望内容	<input type="checkbox"/> 子育て講座での講師派遣(対応分野:)
	<input type="checkbox"/> 育児サークル等への支援(対応分野:)
	<input type="checkbox"/> 行事の手伝い
	<input type="checkbox"/> その他()
活動条件	活動可能日 曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝 時間: <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夜間 時間詳細(: - :)
	謝礼 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
会員数・構成	社会人 人/学生(その他) 人/合計 人
有資格者	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 小中学校教諭 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 子育て支援員研修修了 <input type="checkbox"/> 手話通訳士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> その他()

2 同意書

1の申込事項(代表者住所, 代表者連絡先, 担当者連絡先を除く。)を基に(受託者)が作成した名簿を各関係機関に配布すること及び本市ホームページに掲載することに同意します。

※必ず, 上記同意内容を御確認の上, 署名欄に自署してください。

[署名欄]

年 月 日 団体名

代表者氏名