

ひとり親家庭等日常生活支援事業にかかる
家庭生活支援員登録申請用紙

このたび、家庭生活支援員として登録を申請します。

申請日 令和 年 月 日

子育て支援・生活援助（今回登録される支援を○で囲んでください。）			
氏名			
住所	〒		
生年月日	昭和 平成	年 月 日生（ 歳）	性別 女・男
連絡先	TEL		
	FAX		
	携帯		
現在、生活支援員として登録されていますか？		はい・いいえ	
現在、滋賀県ひとり親家庭福祉推進員ですか？		はい・いいえ	
資格要件	子育て支援： <u>保育士・幼稚園教諭・看護師等</u> 生活援助： <u>介護職員初任者研修資格（旧ホームヘルパー2級）以上・介護福祉士・看護師等</u>		
派遣希望事項	(1) 活動可能な曜日や時間帯（ ） (2) 主な移動手段を○で囲んでください。 公共交通機関 自動車 バイク 自転車 その他（ ）		

◆ この用紙にご記入のうえ、郵送またはFAXでお申込みください。

◆ 登録申請先： 社会福祉法人 滋賀県母子福祉のぞみ会

〒520-0801 大津市におの浜4丁目3-26

TEL：077-522-2951

FAX：077-521-5082