

堺市子育てアドバイザー派遣事業利用同意書

年 月 日

堺市長 殿

住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 緊急連絡先 _____
 (電話番号)

私は、堺市子育てアドバイザー派遣事業実施要綱に基づく訪問による支援等について、下記のとおり利用することに同意します。

記

派遣期間		年 月 日から 年 月 日まで	
派遣日数		□月 □週 ()日 その他 ()	
(支援目的) 支援内容	家庭派遣	【傾聴：不安感又は負担感の軽減】 <input type="checkbox"/> 子どもへの関わり方 <input type="checkbox"/> 多胎児・障害児の子育て <input type="checkbox"/> 配偶者のこと <input type="checkbox"/> 親族（子どもの祖父母等）のこと <input type="checkbox"/> 近隣の付き合い <input type="checkbox"/> 友達のこと <input type="checkbox"/> その他 ()	【同行：友達作り・地域を知る】 <input type="checkbox"/> 子育てサークル・子育てサロン <input type="checkbox"/> 親子の集いのひろば・園庭開放 <input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> その他 ()
	派遣 子育てサークル	【同行：子ども連れでの外出に自信をつける】 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 保健センター（健診・予防接種） <input type="checkbox"/> 保育所（園） <input type="checkbox"/> その他 ()	【その他支援】 <input type="checkbox"/> 離乳食・食事等の作り方 <input type="checkbox"/> 食事の仕方 <input type="checkbox"/> 子どもの遊ばせ方 <input type="checkbox"/> 手遊び・絵本の読み聞かせの仕方 <input type="checkbox"/> ()
備考			