

ぱびいら登録票

NO.

※兄弟児は全員記入をお願いします						
ふりがな						
お子様	①	男・女		②	男・女	
生年月日	西暦 年 月 日生( 歳 カ月)			西暦 年 月 日生( 歳 カ月)		
既病歴	なし・あり( )			なし・あり( )		
離乳食開始時期	カ月			カ月		
ふりがな						
お子様	③	男・女		④	男・女	
生年月日	西暦 年 月 日生( 歳 カ月)			西暦 年 月 日生( 歳 カ月)		
既病歴	なし・あり( )			なし・あり( )		
離乳食開始時期	カ月			カ月		
ふりがな						
保護者	父			母		
生年月日	西暦 年 月 日生			西暦 年 月 日生		
出身地	県 市			県 市		
携 帯	- -			- -		
緊急連絡先 (父母携帯以外)	- -			父会社・母会社 祖父母・その他 (名前 )		
住 所	〒 -	鹿児島県				
薩摩川内市住歴	年 月	薩摩川内市での友達	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 顔見知り程度			
転勤について	<input type="checkbox"/> 転勤の可能性あり( 年に1回) (県内・県外) <input type="checkbox"/> 転勤の可能性なし					
子育てについて	子育てに協力してくれる人はいますか <input type="checkbox"/> いる( 父・祖父母・親戚・友達 ) <input type="checkbox"/> いない					
育児休業について	<input type="checkbox"/> 現在育児中( 年 月に復帰予定) <input type="checkbox"/> 育児休業中ではない					
兄弟について	入園している子どもの名前			園名		
	入学している子どもの名前			学校名		
子育て支援センターぱびいらの利用登録を上記にて申し込みます。 西暦 年 月 日 保護者署名						
【写真撮影の同意】子育て支援センターぱびいらで撮影した写真をホームページ・広報誌等に掲載することに同意いたします。 保護者署名						

ご協力ありがとうございました。ご記入頂いた個人情報は、支援センターの利用目的のみに使用し、第三者に提供することはありません。

	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度
保護者確認 月日	/	/	/	/	/	/

【 アンケートにご協力お願いします 】

<p>子育て支援センター について</p>	<p><input type="checkbox"/>初めて          他で利用あり( <input type="checkbox"/>おいでおいで <input type="checkbox"/>すくすく <input type="checkbox"/>スマイリィ <input type="checkbox"/>てとて  <input type="checkbox"/>ほっとランド <input type="checkbox"/>ぼけっと <input type="checkbox"/>すわっこ <input type="checkbox"/>その他 )          子育てサロンを利用( <input type="checkbox"/>社会福祉協議会 <input type="checkbox"/>中央公民館 )</p>
<p>利用回数について</p>	<p><input type="checkbox"/>よく利用する (週に 回程度)  <input type="checkbox"/>たまに利用する <input type="checkbox"/>ほとんど利用しない</p>
<p>利用の理由 (複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/>遊び場として利用 <input type="checkbox"/>友達を作りたい <input type="checkbox"/>興味のある活動がある  <input type="checkbox"/>子育ての相談をしたい <input type="checkbox"/>家から近いから <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
<p>ばびいら利用のきっかけ</p>	<p><input type="checkbox"/>市の情報提供 <input type="checkbox"/>友人の紹介 (紹介者 )  <input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
<p>育児相談について</p>	<p><input type="checkbox"/>相談できる人がいる <input type="checkbox"/>相談できる人はいない <input type="checkbox"/>相談できる人がほしい</p>
<p>健診や出生時に要相談と なったことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ( )</p>
<p>お子様の発育について 心配なことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ( )</p>
<p>育児講座で参加 したい内容</p>	<p><input type="checkbox"/>園外活動 (季節のおでかけ・果物狩りなど)  <input type="checkbox"/>園庭室内開放  <input type="checkbox"/>身体を動かす活動 (ヨガ・ダンスなど)  <input type="checkbox"/>託児有りのお母さんの活動  <input type="checkbox"/>食育につながる活動 (味噌づくり・お菓子作りなど)  <input type="checkbox"/>音楽に触れる活動 (リトミック・コンサートなど)  <input type="checkbox"/>子どもが体験する製作  <input type="checkbox"/>親子での活動・製作  <input type="checkbox"/>子育てについて・生活の為になる講座  <input type="checkbox"/>絵本の読み聞かせ</p>
<p>お母さんの趣味 好きなこと</p>	
<p>お母さんが興味のあること 挑戦したいこと</p>	
<p>ご意見・ご要望 自由に記入して下さい。</p>	