

令和5年度志木市子育て支援員研修 受講申込書

基本研修、地域保育コース（地域型保育）

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦 年 月 日			
	※修了証書の発行等に必要となるため、正確にご記入ください。			
住所	〒			
	※修了証書の発行等に必要となるため、正確にご記入ください。			
電話番号			E-mail	
	※日中に連絡のつく電話番号			
■コース該当業務への従事について				
<input type="checkbox"/> 現在業務に従事している <input type="checkbox"/> 従事が決まっている	従事先区分	※該当する番号を下記より選び記入してください。⇒ ※必ず所属長、自治体のHP、担当窓口等に確認してください。		
	1 小規模保育事業A型 2 小規模保育事業B型 3 小規模保育事業C 4 家庭的保育事業 5 事業所内保育事業 6 認可保育所 7 認定こども園 8 一時預かり事業 9 企業主導型保育事業 10 認可外保育事業（9を除く） 11 ファミリー・サポート・センター事業 12 その他（ ） ※1～6の事業区分に移行予定の方は、移行就業先区分と移行時期をご記入ください。⇒移行先区分（ ） 移行時期（ 年 月）			
	従事先名称			
	従事先住所			
	従事先電話番号			
<input type="checkbox"/> 従事を希望				

裏面へ続く

■免除科目について ※免除科目の希望のある方のみご記入ください。

資格保有による 基本研修受講免除の希望について ※免除希望の場合、資格証の写しを添付してください。 ※氏名変更がある場合、戸籍抄本の写しも併せてご提出ください。	□基本研修の受講免除を希望する ※保有資格に該当する番号を下記より選択し、右欄に入力してください。 ⇒	
	1 保育士 2 社会福祉士 3 幼稚園教諭 4 看護師 5 准看護師 ⇒ (3～5を選択の場合) 児童と関わる業務体験をご記入ください。	
	従事先名称	
	従事先住所	
	従事期間	
一部科目受講済みによる 受講免除希望について	□一部科目に受講免除を希望する ※修了証書、一部科目修了証書または基本研修修了証明書の写しを添付してください。 ※氏名変更がある場合は、戸籍抄本の写しも併せてご提出ください。	

■見学実習について

実習先について	□実習対象施設(※1)に従事している、従事が決まっているため従事(予定)先で実習を行う。(表面の従事先の名称、住所、電話番号を必ずご記入ください。) □実習先の目処が立っている(実習先のコーディネート不要) ⇒下記に実習先情報を記入してください。	
	実習先名称	
	実習先住所	
	従事先電話番号	
	□上記に該当しないため実習先のコーディネートを希望する。 ※見学実習先により、検査等(細菌検査(検便)結核検査(胸部X線)、麻疹・風疹の予防接種や抗体検査等)を求められる場合があります。 検査等は各自で受けていただき、費用も自己負担となりますのでご了承ください。	

以下は実習先のコーディネートを希望する方のみご記入ください。

保育園	いろは保育園
日程	希望する日程(2日間)に○を付けてください。
	令和6年1月11日 令和6年1月12日 令和6年1月15日 令和6年1月16日 令和6年1月17日
	9:00~16:00

※1 実習対象施設・・・小規模保育事業、家庭的保育事業、事業所内保育事業、認可保育所
※企業主導型保育事業は、見学実習対象ではありません。

■「情報提供への同意について」

(1) 私は個人情報(志木市及び株式会社東京リーガルマインド)に研修受講のために提供されることに同意します。

(2) 私は個人情報(志木市の研修修了者把握のために提供されることに同意します。

(3) (従事者のみ) 私は、従事先に研修受講・修了状況が提供されることに同意します。

上記(1)(2)(3)に同意の上、お申し込みされる場合は、下記にご署名をお願いします。

お名前

■問い合わせ■

志木市子ども・健康部 保育課 保育園グループ

TEL: 048-473-1689