

平成 29 年度 埼玉県子育て支援員研修 申込書

地域保育コース

■受講コース■ ▶▶ 地域型保育 ・ 一時預かり事業

ファミリー・サポート・センター事業

※いずれかに○を付けてください

ふりがな									性別	男・女	
氏名											
生年月日	和暦 昭和・平成 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。										
ご自宅住所	〒				一						
	※修了証書の発送に必要となるため、正確にご記入ください。										
電話番号	日中、連絡のつく電話番号をご記入ください				FAX 番号						
E-Mail											
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 健康保険証		<input type="checkbox"/> 住民票(6ヶ月以内)			<input type="checkbox"/> パスポート			

■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	就業先区分
	<p>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型 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. ファミリー・サポート・センター事業 10. 認可外保育施設 11. その他 ()</p> <p>※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下さい。⇒移行先区分 () 移行時期 (年 月)</p>
従事先の名称及び住所	
勤務先名 :	
勤務先住所 :	
勤務先電話番号 :	
<input type="checkbox"/> 従事を希望	

■申込内容

1) 基本研修

基本研修 (2日間) (※いずれかに○)	第1回 <7/22・7/27>	第2回 <8/19・8/27>	第3回 <9/11・9/16>	第4回 <9/20・10/12>	基本研修免除
----------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	---------------------	--------

基本研修免除の方のみ記入 ※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は、戸籍抄本の写しも併せてご提出ください。	➡保有資格 : 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)児童と関わる業務経験(1年以上)をご記入下さい。 勤務先所在地 : 勤務先名称 : 勤務期間 : 年 月 ~ 年 月 ※申込書に記載の内容について、従事先等に確認させていただく場合があります。
---	--

2) 専門研修<共通科目> ※「基本研修」修了後の日程を選択してください。 ※「専門研修<各選択科目>」の前の日程を選択してください。

専門研修 <共通科目> (3日間) (いずれかに○)	第1回 <9/6・9/20・9/27>	第2回 <10/2・10/20・10/26>	第3回 <10/17・10/25・11/10>	第4回 <11/2・11/8・11/15>
-------------------------------------	------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------

3) 専門研修<各選択科目>

※「基本研修」、「専門研修<共通科目>」修了後の日程を選択してください。

専門研修 (いずれかに○)	<地域型保育(1日間)>		
	第1回 11/14	第2回 11/20	第3回 12/7

専門研修 (いずれかに○)	<一時預かり事業(1日間)>	
	第1回 11/22	第2回 12/21

いずれか一つ
のみ選択して
ください

専門研修	<ファミリー・サポート・センター事業(1日間)>	
	第1回 1/19	

4) 見学実習（地域型保育、一時預かり事業のみ）

※基本研修、専門研修＜共通科目＞、専門研修＜地域型保育＞または専門研修＜一時預かり事業＞をすべて修了していることが受講条件となります。

<p>実習先について ※該当欄にチェックしてください</p>	<p><input type="checkbox"/> ご勤務先、ご勤務予定先で実習を行う <input type="checkbox"/> 実習先の目途が立っている（実習先のコーディネート不要） ➡ 実習先名 : 実習先電話番号 : 実習先住所 : <input type="checkbox"/> 実習先のコーディネートを希望</p>
------------------------------------	---

以下は実習先のコーディネートを希望される方のみご記入ください

研修希望時期 ※専門研修修了後 1か月以内	例) 10月末～11/18日迄の間
希望エリア・沿線 ※実習先へは公共交通機関でお越しください。	ご自身の最寄り駅を教えてください ➡ 線 駅 例) 埼京線沿線希望
その他連絡事項	

■「個人情報提供への同意について」

- (1) 私は個人情報が区市町村及び株式会社ポッピンズに研修受講のために提供されることに、同意します。
- (2) 私は個人情報が区市町村の[研修修了者把握]のために提供されることに同意いたします。

上記(1)(2)に同意の上、お申込みされる場合は、下記にご署名をお願いいたします。

お名前

※受講申込書に記載された個人情報については、適正な管理を行い、申込書で同意いただいた目的以外に利用することはありません。なお、申込時にいただいた書類（申込書、本人確認書類・資格証の写し）は返却しませんので、予めご了承ください。

【注意事項】

※受講確定の通知を書面にてお知らせいたします。7日以内に届かない場合はお問合せください。

■問い合わせ先

株式会社 ポッピンズ 研修事業本部 研修部

埼玉県子育て支援員研修係

〒150-0012 東京都渋谷区広尾5-6-6 広尾プラザ5F

TEL: 03-3447-5826 (平日 9:00～18:00) FAX: 03-3447-2182

MAIL: kenshu-saitama@poppins.co.jp

WEB: http://www.poppins.co.jp/training/kosodateshien_saitama/