

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《一部科目受講者用》

■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なため、正確にご記入ください。								
ご自宅住所	〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	※修了証書の発送に必要なため、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か月以内）			<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・ 従事が決まっている	<u>就業先区分</u> 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（ ） ※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）
	<u>従事先の名称及び住所</u> 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 -----

未受講科目の開催日を「研修のご案内」でご参照の上、下記日程に○をつけてください。
また、受講する科目名をご記入ください。

- ※未受講科目のみお申込みください。
- ※申込書と併せて、基本研修修了証明書もしくは一部科目修了証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。

1) 基本研修

基本研修	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＞	基本研修修了 または免除
------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------

* 受講する科目を下記にご記入ください。

・	・
・	・
・	・
・	・

2) 専門研修＜共通科目＞

- ※「基本研修」を受講される場合は、修了後の日程を選択してください。
- ※「専門研修＜各選択科目＞」を受講される場合は、「共通科目」を先に受講してください。

専門研修 ＜共通科目＞	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＞	共通科目修了
----------------	------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------

* 受講する科目を下記にご記入ください。

・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	

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。

地域型保育（1 日間） （いずれかに○）	第 1 回 11/14	第 2 回 11/20	第 3 回 12/7	） <u>いずれか一つのみ 選択してください</u>
一時預かり事業（1 日間） （いずれかに○）	第 1 回 11/22	第 2 回 12/21		
ファミリー・サポート・センタ ー事業（1 日間）	第 1 回 1/19			

* 受講する科目を下記にご記入ください。

・	・
・	・
・	

4) 見学実習

見学実習	希望する	実施済
------	------	-----

※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。

実習先について ※該当欄にチェックしてください	<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
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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/