

# 平成29年度熊本県子育て支援員研修 受講申込書

## 【地域保育コース 地域型保育】

フリガナ										
氏名	(姓)	(名)			性別	女 ・ 男				
生年月日	昭和 ・ 平成	受講通知送付先FAX			[ 自宅 ・ 勤務先 ]					
	年 月 日	FAX								
(年齢)	(満 歳)	自宅								
自宅住所			携帯							
(〒	—	)	9時～18時頃の時間帯で連絡可能な番号に○を付けてください。			[ 携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先 ]				

※本人確認用の公的書類の写しを添付すること。

\* 各項目の該当箇所に○印をつけてください。

基本研修 免除の希望の有無	1 免除を希望する		2 免除を希望しない	
	※ 免除を希望する場合、資格証の写しを添付すること。氏名変更がある場合は、戸籍抄本の写しも添付が必要です。			
保有資格 (「基本研修」免除要件)	1 保育士	2 社会福祉士		
	3 幼稚園教諭	4 看護師	5 保健師	
	※ 上記1～2の資格を保有している場合、希望により「基本研修」を免除することができます。 ※ 上記3～5の資格を保有し、かつ、日々子供と関わる業務(保育園、幼稚園、認定こども園、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブなど)に携わっている方は、希望により「基本研修」を免除することができます。			
現在の就業状況	1 就業している		2 就業していない	
現在、 就業 している 方のみ	就業先	名称(事業所・施設)		電話番号
	※現在の就業先が 複数ある方は、主要な 場所を記入してください。	住所(〒 — )		就業年数
				※現在の就業先での従事年数
				年
			ヶ月	
就業の雇用形態	1 正規雇用		2 正規雇用以外	
就業先区分	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 一時預かり事業	6 事業所内保育事業	
	7 ファミリー・サポート・センター事業	8 地域子育て支援拠点事業(子育てひろば事業)		
	9 利用者支援事業(基本型)	10 利用者支援事業(特定型)		
	11 放課後児童クラブ(学童クラブ)	12 乳児院、児童養護施設等		
	13 認可保育所	14 認定こども園		
	15 幼稚園	16 認可外保育所		
	17 上記1～16以外の保育や子育て支援(			)
	18 その他 [例・小売業、製造業など] (			)
他都道府県実施の 子育て支援員研修受講状況	※この欄は、既に他の都道府県等で【子育て支援員研修】の受講経験があり、科目免除を希望される場合のみ確認してください。			
	受講した開催都道府県及び市町村名:  ※ 受講したコース及び科目等を証する書類(受講証明書等の写し)を添付すること。			
研修受講後の 保育、子育て支援 分野での就労の意思	1 引き続き子育て支援分野で就労する		2 就労を検討している	
	3 特に考えていない			
応募の動機				