平成２９年度佐賀県子育て支援員研修　受講申込書

【地域子育て支援コース　利用者支援事業（基本型）】

申込書B

フリガナ			性別	男　・　女
氏　名	（姓）	（名）		
生年月日 （年齢）	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日 （満　　歳）	電話番号	※緊急時に連絡可能な番号を必ず記入してください。 ①　　[携帯・自宅・勤務先] ②　　[携帯・自宅・勤務先]	
		FAX	[自宅・勤務先]	
住　所	〒　　―			

※本人確認書類（運転免許証、健康保険証、パスポート等）の写しを添付の上、お申込みください。

各項目の該当箇所に〇印をつけてください。

基本研修免除希望の有無		1．免除を希望する （免除理由） ①保育士　②社会福祉士　③幼稚園教諭　④看護師　⑤保健師 ⑥既に基本研修を修了している ※ ①～②の資格を保有している場合、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。） ※ ③～⑤の資格を保有し、かつ、日々子どもと関わる業務（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、資格証の写しと「在職証明書（様式2）」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。） ※ ⑥に該当する方は、「基本研修修了証明書」を添付すること。 2．免除を希望しない
子育て支援員研修受講歴		※この欄は、既に【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記入してください。 受講した開催都道府県または市町村名： ※ 一部科目修了証書の写しを添付すること。
現在の就業状況 〈全業種対象〉		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	雇用形態	1．正規雇用　　2．正規雇用以外
	就業先区分 ※現在の就業先として当てはまるものを選択してください。 ※18、19はカッコ内に記入してください。	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型 4．家庭的保育事業　5．事業所内保育事業　6．一時預かり事業 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．幼稚園 15．幼保連携型認定こども園　16．企業主導型保育施設　17．16.以外の認可外保育施設 18．上記1～17以外の保育や子育て支援（　　） 19．その他［例・小売業、製造業など］（　　）
	就業先 名称及び住所 ※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。	就業先（事業所・施設） 名称 住所 就業年数 ※現在の就業先での従事年数 年　　ヶ月
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		

※本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、本事業の運営以外の目的に利用することはありません。なお、受講申込書、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。