

令和元年度 福井県子育て支援員研修 受講申込書

☆研修の全日程について参加可能であることを確認したうえで
お申し込みください。

申込年月日	令和元年5月 日
-------	----------

◆受講申込者

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
電話番号	(※日中に連絡可能な番号を記入してください)	

◆申込内容 (基本研修、専門研修、それぞれについて○をつけてください。)

基本研修 (①~③のいずれか 1つに○印を つけてください)	①	基本研修の受講を希望
	②	基本研修修了または一部科目受講済による受講免除を希望 ※1
	③	資格保有による基本研修の受講免除を希望 ※2 (保有資格名)

※1 基本研修を修了している方は受講を免除することができます。また、基本研修の一部科目を修了している方は、修了している科目について受講を免除することができます。免除希望者は、基本研修修了証明書また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提出してください。

※2 保育士、社会福祉士、幼稚園教諭、看護師・准看護師の資格を有する方は、基本研修を免除することができます。免除希望者は上記「保有資格名」に資格名を記載の上、その資格を証明する書類の写しを添付してください。幼稚園教諭、看護師・准看護師の資格を有する方については、免許状等の写しに加えて、「日々子どもと関わる業務に携わっていること」を証明する書類(在職証明書、職務内容証明書等様式任意)を提出してください。氏名変更がある場合は、戸籍抄本の写しも併せて提出してください。

専門研修 ※3 (④または⑤の いずれかに○印を つけてください。 (一部科目受講免除 希望者は⑥にも○ 印)	④	地域保育コース(地域型保育)の受講を希望
	⑤	地域子育て支援コース(利用者支援事業・基本型)の受講を希望 ※4
	⑥	一部科目受講済による一部科目の受講免除を希望 ※5

※3 専門研修は、基本研修の修了(予定)者または受講免除者が受講できます。

※4 地域子育て支援コース(利用者支援事業・基本型)の受講を希望する方は、相談およびコーディネーター等の業務に1年以上の実務経験が必要です。受講希望者は、勤務経験が証明できる書類(在職証明書、職務内容証明書等・様式任意)を提出してください。

※5 専門研修の一部科目を修了している方は、修了している科目について受講を免除することができます。免除希望者は、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提出してください。

◆現在、保育や子育て支援の事業に就業中で、当該事業に受講が必須の方は、コース名と勤務先を記入してください。

受講希望コース (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 地域保育コース	勤務先	所在地	
	<input type="checkbox"/> 地域子育て支援コース		名称	

申込締切: 令和元年5月29日(水)17:00 必着

【申込先・お問合せ先】

〒910-8580 福井県福井市大手3丁目17-1
福井県健康福祉部子ども家庭課 子育て支援員研修担当
TEL 0776-20-0342