

令和元年度 沖縄県子育て支援員研修 受講申込書

お申し込み			年	月	日	
フリガナ	性別	生年月日	西暦	年	月	日生
	男・女					
〒						
電話番号	メール アドレス					
(※日中、連絡のつく電話番号を記入してください)						
希望研修 (ご希望内容の番号を○で囲んでください。)						
基本研修	1. 受講する ※下記 A～C いずれかを○で囲んでください 希望日程 A ・ B ・ C 2. 免除を希望する ※免除理由を○で囲んでください 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 ※免除理由が①～⑤の方は資格証等のコピーを添えてお申込みください。 ※有資格者であっても免除を希望せず、受講いただくことも可能です。 ※免除理由が⑥の方は、一部科目修了書のコピーを添えてお申込みください。					
希望 専門研修	1. 地域保育コース（地域型保育）※下記、①・② いずれかを○で囲んでください 希望日程 ① ・ ② 2. 地域子育て支援コース（利用者支援事業・基本型） 3. 地域子育て支援コース（利用者支援事業・特定型） 4. 地域子育て支援コース（地域子育て支援拠点事業） 5. 放課後児童コース ※基本研修をすべて受講しなければ専門研修に進むことが出来ません。					
現在の 就業状況	1. 子育て支援分野に就業していない 2. 子育て支援分野に就業している 就業先（ ）					
備考						

注1 修了証書に記載しますので、生年月日は正確にお書きください。

注2 園からお申込みされる場合でも住所はご自宅の住所をご記入ください。

注3 本申込書に記載いただいた情報は、子育て支援員研修に関することに使用するほか、自治体間の相互の情報提供のために使用します。