

平成28年度 福井県子育て支援員研修 受講申込書

申込年月日 平成28年 月 日

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)	

受講を希望する研修コースに○をつけてください。

基本研修 いずれかに○	<input type="checkbox"/>	基本研修を受講
	<input type="checkbox"/>	基本研修修了済 (修了証書の写しを添付してください)
	<input type="checkbox"/>	基本研修の免除を希望 (保有資格名)
	<input type="checkbox"/>	※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。(注1)
専門研修 コース(注2) どちらか 1つに○	<input type="checkbox"/>	地域保育コース(地域型保育)
	<input type="checkbox"/>	地域子育て支援コース(利用者支援事業・基本型) (注3)
※現在保育や子育て支援の各事業に就業中で、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。		
コース名	勤務先	住所 名称

【注意事項】

- (1) 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)を提出して下さい。
- (2) 専門研修は、基本研修を修了した方または免除となった方が受講できます。
- (3) 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ト等の業務に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。

申込締切:平成28年9月30日(金) 必着

【申込先・お問い合わせ先】

〒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