

令和7年度千葉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＞専用

事務局使用欄

対象クラス:【C保2501】【C保2502】【C保2503】
募集期間(第1期):2025年05月16日(金)～2025年06月13日(金)※郵送は期間内必着

こちらの申込用紙は、**全日程を集合研修で実施するコースをご希望の方のみ**ご使用いただけます。
インターネットを使用したeラーニング受講を含むコース(B保2500、A保2500)の受講をご希望の方は、研修ホームページ内の申込みフォームよりお申込みをお願いいたします。

■申込みコース お一人1コースのみ、第3希望までご記入ください。※他コースの申込みはできません。

ご希望の順番を【 】に数字で記入してください。例:第1希望がC保2501 → 【 1 】C保2501																						
【 】C保2501				【 】C保2502				【 】C保2503														
ふりがな		姓						名														
氏名																						
生年月日		西暦					年			月			日	性別	□男 □女							
※修了証書の発行等に必要なため、正確にご記入ください。																						
住所		〒							※ハイフンなし				保育士資格	□有 □無								
				都・道 府・県																		
		※修了証書の発送等に必要なため、正確にご記入ください。																				
電話番号 (携帯番号)														FAX番号								
※日中に連絡のつく電話番号(ハイフンなし)														※ハイフンなし								
E-mail		@																				

■コース該当業務への従事について

下記3つの内、該当する項目に□にチェック(✓)を入れてください。 ☐ 現在業務に従事している (従事先についてご記入ください) ☐ 従事が決まっている (従事先についてご記入ください) ☐ 従事を希望している	従事先区分 該当する区分を下記より1つ選び□にチェック(✓)を入れてください。 ※必ず所属長、自治体のHP、担当窓口等に確認してください。 (事務局での確認は対応できかねます) ☐ 1.小規模保育事業A型,B型,C型 ☐ 2.家庭的保育事業 ☐ 3.事業所内保育事業 ☐ 4.認可保育所 ☐ 5.認定こども園(保育所型・幼保連携型) ☐ 6.認定こども園(幼稚園型) ☐ 7.企業主導型保育事業 ☐ 8.ベビーシッター(届け出済み・届け出予定) ☐ 9.その他() 従事先区分1～5は実習対象施設です。ご自身の従事先での見学実習実施となります。 従事先区分6～9で裏面の見学実習先の記入がない場合は、ポピンズプロフェSSIONアルが実習先をコーディネートいたします。
	従事先の名称及び住所 従事先名称 〒 従事先住所 都・道 府・県 従事先電話番号
	実習先をコーディネートいたします。
	※ハイフンなし
	※ハイフンなし

裏面もご記入・ご提出ください →

国家資格保有による 基本研修受講免除の希望について	☐ 基本研修の受講免除を希望する 保有資格に該当する番号を下記より選択し、☐にチェック(✓)を入れてください。					
	☐ 1. 保育士 ☐ 2. 社会福祉士					
	☐ 3. 幼稚園教諭 ☐ 4. 看護師 ☐ 5. 保健師 ※ 3～5を選択の場合、以下に子どもと関わる業務経験をご記入ください。					
	<table border="1"> <tr> <td>従事先名称</td><td></td></tr> <tr> <td>従事先住所</td><td></td></tr> <tr> <td>従事期間 (1年以上の従事 経験が必要です。)</td><td></td></tr> </table>	従事先名称		従事先住所		従事期間 (1年以上の従事 経験が必要です。)
従事先名称						
従事先住所						
従事期間 (1年以上の従事 経験が必要です。)						
※ 免除を希望する場合、資格証の 写しを添付してください。 ※ 氏名変更がある場合、戸籍抄本の 写しも併せてご提出ください。						
一部科目受講済みによる 受講免除希望について	☐ 一部科目の受講免除を希望する ※ 修了証書、一部科目修了証書または基本研修修了証明書の写しを 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ご提出ください。					

実習先の名称 及び住所	実習先区分 該当する区分を下記より1つ選び□にチェック(✓)を入れてください。 ※必ず所属長、自治体のHP、担当窓口等に確認してください。 (事務局での確認は対応できません)												
	☐ 1.小規模保育事業A型,B型,C型						☐ 2.家庭的保育事業						
	☐ 3.事業所内保育事業						☐ 4.認可保育所						
	☐ 5.認定こども園(保育所型・幼保連携型)												
	実習先名称												
						〒 ※ハイフンなし							
実習先住所						都・道 府・県							
実習先電話番号						※ハイフンなし							
認可外保育所(企業主導型保育所含む)は 実習先の対象ではありません。													

☐ 一部科目修了証書の発行を希望する ☐ 一部科目修了証書の発行を希望しない

(1) マスクの着脱については、体調や感染状況等を考慮のうえ、各自の判断に委ねますが、研修カリキュラムの性質上、他の受講生と対面しての演習等が含まれるため、講師や係員からマスクの着用をお願いする場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

(2) 集合研修時、体調がすぐれない場合は、受講を見合わせていただくなどのご判断をお願いいたします。

- (1) 私は、研修受講のために個人情報が市町村及び株式会社ポピンズプロフェッショナルに提供されることに同意します。
- (2) 私は、市町村の「研修修了者把握」のために、個人情報が提供されることに同意します。
- (3) (従事者のみ) 私は、従事先に研修受講・修了状況等の情報が提供されることに同意します。
- (4) 講義の録画/録音/撮影/スクリーンショット等の行為、講義内容のSNS等への無断投稿をしないことに同意します。

お名前

【送付先】

〒150-0012

東京都渋谷区広尾5-6-6 広尾プラザ6階

株式会社ポピンズプロフェッショナル 千葉県子育て支援員研修係

※郵送でのお申込みは、募集期間内必着にてお送りください。