

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＜ファミリー・サポート・センター＞専用

事務局使用

対象クラス：【Cフ2506】

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フ25〇〇、Aフ25〇〇）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 【Cフ2506】

お一人1コースのみ、他コースの申込みはできません。

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																			
							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	該当する番号を下記より選び記入してください ※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. ファミリー・サポート・センター事業 ☐ 2. その他																												
	従事先の名称及び住所																													
	従事先名称																													
	従事先住所	〒																												※ハイフンなし
							都・道 府・県																							
従事先電話番号																													※ハイフンなし	

裏面もご記入・ご提出ください →

■免除科目について ※免除希望がある方のみご記入ください

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。	
※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。	☐ 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。	
	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。)	
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。	

■一部科目修了証書の発行希望について (以下の☐にチェック(✓)を入れてください)

未受講の科目があり、全科目修了とならない場合に「一部科目修了証書」の発行が可能です。
次回、子育て支援員研修受講の際に、一部科目修了証書を提出することで、今年度受講済みの科目が
受講免除となります。(※一部科目修了証書提出による科目免除は、有効期間がある場合がございます。)

☐ 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

■感染予防対策への留意事項について

- (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。

■研修参加にあたっての同意について

- (1) 私は、研修受講のために個人情報(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。

上記の「研修参加にあたっての同意について」(1)～(4)に同意の上
お申込みされる場合は、下記にご署名をお願いいたします。(署名のない場合申込みを受理いたしません)

署名欄(必須入力) フルネームで正確にご記入ください。

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。