



2025年度神奈川県子育て支援員研修 受講申込書

事務局使用欄

放課後児童コース【放K2527(相模原・全日程集合)】
募集期間(第3期): 2025年09月10日(水)~2025年10月08日(水)

こちらの申込用紙は、放K2527(相模原・全日程集合)(全日程を集合研修で実施するクラス)をご希望の方のみご使用いただけます。優先してお席をご用意いたします。(ただし、定員を超えた場合には、コース該当業務従事者優先での抽選となります)

オンライン受講を含むクラスを受講可能な方は、第4期にマイページ(申込みページ)からのお申込みをお願いいたします。

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 ※ハイフンなし																		
	※日中に連絡のつく電話番号(ハイフンなし)																																		
E-mail	@																																		

■コース該当業務への従事について

※該当する項目を 選び、 ☐ にチェック (✓)を入れて ください。	従事先区分 ※該当する区分を下記より選び、 ☐ にチェック(✓)を入れてください。																												
	☐ 1.放課後児童クラブ																												
	☐ 2.その他()																												
	従事先の名称及び住所																												
	従事先名称																												
☐ 現在業務に 従事している	〒																												
	※ハイフンなし																												
	従事先住所																												
☐ 従事が 決まっている	都・道 府・県																												
	従事先電話番号																												
※ハイフンなし																													
☐ 従事を希望																													

裏面もご記入・ご提出ください →

■免除科目について

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。	
※免除希望の場合、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)児童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	

■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

事務局使用欄

■お問い合わせ先■

株式会社ポピンズプロフェッショナル 企画営業部 神奈川県子育て支援員研修係
 〒150-0012 東京都渋谷区広尾5-6-6
 研修ホームページ: https://poppins-education.jp/kosodateshien_kanagawa/
 お問い合わせフォーム: <https://forms.gle/3g8cmRpfWyyEew3Q6>
 TEL: 03-3447-2181 (平日9:00～17:00) FAX: 03-6704-5060



研修ホームページ



お問い合わせフォーム