

■事務局使用欄

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

■申込みコース 【C基2507】

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	@																																				

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、利用者支援事業の専任職員として既に従事している
(従事先をご記入ください)

☐ 利用者支援事業の専任職員として従事することが決まっている
(従事先をご記入ください)

☐ 従事を希望する

受講要件 以下の要件を満たすこと

市町村長が認めた、相談及びコーディネートなどの業務内容を必須とする事業(例:地域子育て支援拠点事業、保育所における主任保育士業務等)の**1年以上の実務経験**を予め有していること。
以下にその従事先を記入し、「実務経験証明書」を併せてご提出ください。

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

→ 受講要件の「実務経験証明書」をご提出ください。

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、以下に子どもに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。