■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 ※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。	☐ 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。	
	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。