

茨城県家庭的保育者研修 受講申込書

※こちらの申込用紙は、茨城県家庭的保育者研修をご希望で、HPのメールフォームからお申込みが出来ない方のみご使用いただけます。先着順ではございません。

ふりがな	姓					名						
氏名												
生年月日	西暦				年				月			日
	※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)												
	※日中に連絡のつく電話番号(ハイフンなし)									FAX番号		
									※ハイフンなし			
E-mail	@											

■勤務経歴 ※該当する項目を選び、□にチェック (✓)を入れてください。

保育施設での勤務経歴 について	<input type="checkbox"/> 現在保育施設に従事している
	<input type="checkbox"/> 過去に勤務していた <input type="checkbox"/> 勤務したことがない
	<u>勤務園名</u> _____
	<u>勤務経歴の時期</u> _____
	<u>勤務経歴の期間</u> _____
家庭的保育事業者 要件の有無	<input type="checkbox"/> 1年以上家庭的保育の仕事をしている <input type="checkbox"/> 1年以上家庭的保育の仕事をしているが、看護師、幼稚園教諭等の資格はない <input type="checkbox"/> 看護師(准看護師を含む)資格を持っている <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭免許を持っている <input type="checkbox"/> 上記の資格・経験はない
現在の就業状況	<input type="checkbox"/> 会社員・アルバイト <input type="checkbox"/> 個人事業主として他の業務を経営 <input type="checkbox"/> 就業していない

裏面もご記入・ご提出ください →

■免除科目について

<p>資格保有による 基本研修受講免除の希望について</p> <p>※免除希望の場合、資格証の写しを添付してください。 ※氏名変更時は、戸籍抄本の写しも併せてご提出ください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 保育実習Ⅱ(20日間)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。</p> <p><input type="checkbox"/> 1.看護師(准看護師を含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 3.家庭的保育経験者(1年以上)の者</p>
<p>一部科目受講済みによる受講免除 希望について</p> <p>※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。 ※氏名変更時は、戸籍抄本の写しも併せてご提出ください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 一部科目の受講免除を希望する</p> <p>※座学受講年度を記載ください _____ 年度</p>

<p>お持ちの端末について</p>	<p><input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> タブレット</p>
<p>お持ちの端末でインターネットが使えますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 使える <input type="checkbox"/> 使えない</p>
<p>お持ちの端末でYouTubeなどの動画を見ることが できますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p>
<p>Zoomをしたことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p>

■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。

<p>お名前</p>

<p>事務局使用欄</p>

■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 茨城県家庭的保育者研修係

〒150-0012 東京都渋谷区広尾5-6-6

TEL: 03-3447-5826 (平日9:00～17:00) FAX: 03-6704-5060