

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＜地域型保育＞専用

事務局使用欄

対象クラス：【C保2513】【C保2514】【C保2515】
募集期間（第2期）：2025年08月06日（水）～ 2025年09月03日（水）※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保25〇〇、A保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 お一人1コースのみ、第3希望までご記入ください。※他コースの申込みはできません。

ご希望の順番を【 】に数字で記入してください。例：第1希望がC保2514 → 【 1 】C保2514																							
【 】C保2513			【 】C保2514			【 】C保2515																	
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			保育士資格	□有 □無									
				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

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 該当する区分を下記より1つ選び□にチェック(✓)を入れてください。 ※必ず所属長、自治体のHP、担当窓口等を確認してください。 (事務局での確認は対応できかねます) ☐ 1.小規模保育事業A型,B型,C型 ☐ 2.家庭的保育事業 ☐ 3.事業所内保育事業 ☐ 4.認可保育所 ☐ 5.認定こども園(保育所型・幼保連携型) ☐ 6.認定こども園(幼稚園型) ☐ 7.企業主導型保育事業 ☐ 8.ベビーシッター(届け出済み・届け出予定) ☐ 9.その他() 従事先区分1～5は実習対象施設です。ご自身の従事先での見学実習実施となります。 従事先区分6～9で見学実習先の目的が立っていない方は、ポピンズプロフェッショナルが実習先をコーディネートいたします。裏面に見学実習先の希望をご記入ください。																																																																
	従事先の名称及び住所 <table border="1"> <tr> <td>従事先名称</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">従事先住所</td> <td colspan="2">〒</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="7">※ハイフンなし</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">都・道 府・県</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td>従事先電話番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">※ハイフンなし</td> </tr> </table>	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	
	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																																																		
実習先をコーディネートいたします。裏面に見学実習先の希望をご記入ください。																																																																	

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 ※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 ☐ 3. 幼稚園教諭	☐ 2. 社会福祉士 ☐ 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。	

■見学実習について

従事先以外で 実習先の目的が 立っている方は ご記入ください	実習先区分 該当する区分を下記より1つ選び□にチェック(✓)を入れてください。 ※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. 小規模保育事業A型、B型、C型 ☐ 3. 事業所内保育事業 ☐ 5. 認定こども園(保育所型・幼保連携型)					☐ 2. 家庭的保育事業 ☐ 4. 認可保育所				
	実習先名称									
	〒 ※ハイフンなし									
	実習先住所					都・道 府・県				
	実習先電話番号 ※ハイフンなし									
認可外保育所(企業主導型保育所含む)は 実習先の対象ではありません 。										
実習先が決まっ ていない方は 「施設一覧マップ」 よりご記入くださ い	見学実習先 (第1希望)	施設番号			自治体					
		施設名								
	見学実習先 (第2希望)	施設番号			自治体					
		施設名								
	見学実習先 (第3希望)	施設番号			自治体					
		施設名								
	最寄りの路線名、駅名									
実習先までの交通手段 □にチェック(✓)を入れてください。(複数選択可能) ☐ 電車・バス等公共交通機関 ☐ 自家用車可能 ☐ 自転車可能										

■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) マスクの着用については、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(市町村)に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。