

事務局使用

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

■申込みコース 【C放2518】

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となるため、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となるため、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。	従事先区分 該当する番号を下記より選び記入してください ※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. 放課後児童健全育成事業(放課後クラブ) ☐ 2. その他																																		
☐ 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)	従事先の名称及び住所																																		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">従事先名称</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">従事先住所</td> <td style="text-align: center;">〒</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td>※ハイフンなし</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">都・道府・県</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>	従事先名称											従事先住所	〒										※ハイフンなし							都・道府・県				
従事先名称																																			
従事先住所	〒										※ハイフンなし																								
							都・道府・県																												
☐ 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	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">従事先電話番号</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td>※ハイフンなし</td> </tr> </table>	従事先電話番号												※ハイフンなし																					
従事先電話番号												※ハイフンなし																							

放課後児童コース

■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。	☐ 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。