



2026年度神奈川県子育て支援員研修 受講申込書

事務局使用

地域保育コース<地域型保育>【保K2615(川崎・全日程集合)】
募集期間(第3期):2026年9月1日(火)~2026年9月29日(火)

こちらの申込用紙は、**保K2615(川崎・全日程集合)(全日程を集合研修で実施するクラス)をご希望の方のみご使用いただけます。**(ただし、定員を超えた場合には、コース該当業務従事者優先での抽選となります)

オンライン受講を含むクラスを受講可能な方は、保K2615(川崎・全日程集合)クラスを希望の場合も、マイページ(申込みページ)からのお申込みをお願いいたします。(第3希望までクラス選択可能です)

ふりがな	姓				名							
氏名												
生年月日	西暦			年			月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 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	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※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)											※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

※該当する項目を選び、 <input type="checkbox"/> にチェック(✓)を入れてください。	従事先区分 ※該当する区分を下記より選び、 <input type="checkbox"/> にチェック(✓)を入れてください。 ※2027年度に移行が決まっている場合は、 移行後の区分を選択の上、区分名の後に、「2027年度移行予定」と記載ください ※必ず所属長、自治体のHP、担当窓口等に確認してください。											
	<input type="checkbox"/> 1.小規模保育事業A型 <input type="checkbox"/> 3.小規模保育事業C型 <input type="checkbox"/> 5.事業所内保育事業 <input type="checkbox"/> 7.認定こども園(保育所型・幼保連携型) <input type="checkbox"/> 9.企業主導型保育事業						<input type="checkbox"/> 2.小規模保育事業B型 <input type="checkbox"/> 4.家庭的保育事業 <input type="checkbox"/> 6.認可保育所 <input type="checkbox"/> 8.7以外の認定こども園 <input type="checkbox"/> 10.その他()					
<input type="checkbox"/> 現在業務に従事している	従事先の名称及び住所											
	従事先名称											
	従事先住所											
<input type="checkbox"/> 従事が決まっている	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※ハイフンなし											
											都・道 府・県	
	従事先電話番号											
	※ハイフンなし											
<input type="checkbox"/> 従事を希望												

裏面もご記入・ご提出ください →

■免除科目について

資格保有による 基本研修受講免除の希望について ※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。	<input type="checkbox"/> 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。	
	<input type="checkbox"/> 1. 保育士	<input type="checkbox"/> 2. 社会福祉士
	<input type="checkbox"/> 3. 幼稚園教諭	<input type="checkbox"/> 4. 看護師
	<input type="checkbox"/> 5. 保健師 ※⇒(3~5を選択の場合)児童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		

■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。

お名前	
	事務局使用欄

■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 神奈川県子育て支援員研修係
 〒150-0012 東京都渋谷区広尾5-6-6
 研修ホームページ: https://poppins-education.jp/kosodateshien_kanagawa/
 お問い合わせフォーム: <https://forms.gle/3g8cmRpfWyvEew3Q6>
 TEL: 03-3447-2181 (平日9:00~17:00)



研修ホームページ



お問い合わせフォーム