平成３０年　度熊本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】

フリガナ			財団使用欄
氏　名	（姓）	（名）	
生年月日 （年齢）	昭和 ・ 平成 年　月　日 （満　歳）	受講通知送付先FAX FAX 自宅 携帯	［ 自宅 ・ 勤務先 ］
自 宅 住 所 （〒　－　）		9時～18時頃の時間帯で連絡可能な番号に○を付けてください。	［ 携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先 ］

※本人確認用の公的書類の写しを添付すること。

＊　各項目の該当箇所に○印をつけてください。

基本研修 免除の希望の有無		1　免除を希望する　　2　免除を希望しない ※ 免除を希望する場合、資格証の写しを添付すること。氏名変更がある場合は、戸籍抄本の写しも添付が必要です。
保有資格 （「基本研修」免除要件）		1　保育士　　2　社会福祉士 3　幼稚園教諭　　4　看護師　　5　保健師 ※　上記1～2の資格を保有している場合、希望により「基本研修」を免除することができます。 ※　上記3～5の資格を保有し、かつ、日々子供と関わる業務（保育園、幼稚園、認定こども園、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブなど）に携わっている方は、希望により「基本研修」を免除することができます。
現在の就業状況		1　就業している　　2　就業していない
現在、就業している方のみ	就業先 ※現在の就業先が複数ある方は、主要な場所を記入してください。	名称（事業所・施設）　　電話番号（　） 住所（〒　－　） 就業年数 ※現在の就業先での従事年数　年　ヶ月
現在、就業している方のみ	就業の雇用形態	1　正規雇用　　2　正規雇用以外
現在、就業している方のみ	就業先区分 ※現在の就業先と当てはまるものを選択してください。 ※17、18はカッコ内に記入してください。	1　小規模保育事業A型　2　小規模保育事業B型　3　小規模保育事業C型 4　家庭的保育事業　5　一時預かり事業　6　事業所内保育事業 7　ファミリー・サポート・センター事業　8　地域子育て支援拠点事業（子育てひろば事業） 9　利用者支援事業（基本型）　10　利用者支援事業（特定型） 11　放課後児童クラブ（学童クラブ）　12　乳児院、児童養護施設等 13　認可保育所　14　認定こども園 15　幼稚園　16　認可外保育所 17　上記1～16以外の保育や子育て支援（　） 18　その他［例・小売業、製造業など］（　）
他都道府県実施の 子育て支援員研修受講状況		※この欄は、既に他の都道府県等で【子育て支援員研修】の受講経験があり、科目免除を希望される場合のみ確認してください。 受講した開催都道府県及び市町村名： ※ 受講したコース及び科目等を証する書類（受講証明書等の写し）を添付すること。
研修受講後の 保育、子育て支援 分野での就労の意思		1　引き続き子育て支援分野で就労する　　2　就労を検討している 3　特に考えていない
応募の動機		