

港区子育て支援員研修（地域保育コース） 2017年度（後期）

受講申込書

《港区関係施設職員、ファミリー・サポート・センター事業登録希望者用》

		記入日	年	月	日
フリガナ		性別	男 ・ 女		
氏名		生年月日 (年齢)	西暦 年	月	日 (満 歳)
現住所	〒 ー 都道 区市 府県 町村 (以下、建物・ビル・マンション名 等)				
電話		FAX			
携帯電話					
E-mail	PC/スマートフォン： 携帯：				
現職の有無	有 ・ 無				
現在の 勤務先	事業所（施設）名				
	事業所（施設） の住所				
	事業所（施設） のTEL/FAX				
	該当する 雇用形態	正規雇用 正規雇用以外（非常勤、派遣、臨時、契約、パート・アルバイト等）			
	従事年数	年 月			
	* 所属施設担当者 記入欄 (ファミリー・サポート・センター事業登録希望者の場合は、港区社会福祉協議会担当者) 上記の者が港区子育て支援員研修を受講することを認めます。 事業所（施設）名： _____ 代表者（施設長）： _____ 印				
関連資格 の有無	* 該当する資格をお持ちの場合は○を付けてください。()内に取得年月もご記入ください ・ 保育士 (年 月) ・ 幼稚園教諭 (年 月) ・ 社会福祉士 (年 月) ・ 看護師 (年 月) ・ 保健師 (年 月) * 上記資格に○をつけた方で、免除要件の適用の希望の有無 基本研修の免除を希望する 基本研修の免除を希望しない				
研修受講 希望動機					

