

## 港区子育て支援員研修（地域保育コース） 2020年度（後期）

## 受講申込書

## 《港区関係施設職員事業登録希望者用》

		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	〒 _____ _____ 都・県 _____ 区・市 (建物・ビル・マンション名等： _____ )				
携帯電話					
固定電話			FAX		
E-mail	<input type="checkbox"/> PC : _____ @ _____ <input type="checkbox"/> 携帯（スマートフォンの場合のみご記入下さい）： <b>*本研修に関するメールを受信希望されるアドレスの方に☑をして下さい。</b> <b>*メールでのご連絡は、<a href="mailto:station@ai-port.jp">station@ai-port.jp</a>より致します。必ず受信出来るよう設定下さい。</b>				
オンライン研修 使用機材	* オンライン研修（ZOOM、動画視聴）時に、使用する機材に○をつけてください PC      タブレット      スマートフォン（ iPhone      アンドロイド ） *本研修に関するメールを受信希望されるアドレスの方に☑をして下さい。 *オンライン研修受講に際、インターネット契約が無制限でない場合は、通信料がかかります。				
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 _____ ヶ月			
	* 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 <u>基本研修の免除を希望する</u> <u>基本研修の免除を希望しない</u>				
研修受講 希望動機					
アンケート	この研修をどこで知りましたか（該当するものに○） 1. 港区広報（どこで広報を入手しましたか？ _____ ） 2. 受講生募集のチラシ（どこでチラシをご覧になりましたか？ _____ ） 3. インターネット（どこのホームページをご覧になりましたか？ _____ ） 4. 知人・友人紹介（ _____ ） 5. その他（ _____ ）				

