

多摩市子育て支援員研修（地域保育コース） 2021年度
 受講申込書
 《「地域型保育」「一時預かり事業」従事希望者用》

フリガナ		記入日	年	月	日	
氏名		生年月日 (年齢)	西暦	年	月 (満)	日 (歳)
現住所	〒 _____ 都・県 _____ 市・区 _____ (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) : _____ *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。 *メールでのご連絡は、station@ai-port.jp より致します。必ず受信出来るよう設定下さい。					
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) * 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 勤務先が ある場合 記入下さい	事業所(施設)名					
	事業所(施設)の住所					
	事業所(施設)の電話/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			
関連資格 の有無	* 該当する資格をお持ちの場合は○をつけてください。() 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					
多摩市内で の保育、子育て 支援分野 での活動希望 の有無	* 従事を希望する事業について、○をつけてください。 ・ 一時預かり事業 ・ 保育所等 ・ 地域型保育事業 ・ 多摩市での活動は希望しない					
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. 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(_____)					

