

令和8年度綾瀬市子育て支援員研修 受講申込書

地域保育コース＜地域型保育＞

ふりがな			性別	□男 □女
氏名				
生年月日	西暦 年 月 日			
	※修了証書の発行等に必要なため、正確にご記入ください。			
住所	〒			
			都・道 府・県	
	※修了証書の発送等に必要なため、正確にご記入ください。			
電話番号			※日中に連絡のつく電話番号	
E-mail	@			

■コース該当業務への従事について

☐ 現在業務に従事している ☐ 従事が決まっている	従事先区分			※該当する番号を下記より選び記入してください⇒ ※必ず所属長、自治体のHP、担当窓口等に 確認してください。			
	1.認可保育所		2.事業所内保育事業		3.企業主導型保育事業		
	4.その他（				）		
	従事先の名称及び住所						
	従事先名称						
従事先住所		〒					
				都・道 府・県			
従事先電話番号							
☐ 従事を希望							

裏面に続きます →

■免除科目について ※免除科目の希望のある方のみご記入ください。

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。	☐ 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 右欄に入力してください。 ⇒⇒⇒	
	1.保育士 2.社会福祉士 3.幼稚園教諭 4.看護師 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	
一部科目受講済みによる 受講免除希望について	☐ 一部科目の受講免除を希望する。 ※ 修了証書、一部科目修了証書または基本研修修了証明書の写しを添付してください。 ※ 氏名変更がある場合は、戸籍抄本の写しも併せてご提出ください。	

■見学実習について ※基本研修、専門研修をすべて修了していることが実習実施の条件となります。

実習先について	☐ 実習対象施設(*1)に従事している、従事が決まっているため従事(予定)先で実習を行う。(表面の従事先の名称、住所、電話番号を必ずご記入ください。)	
	実習先名称	
	実習先住所	
	実習先電話番号	
	☐ 上記に該当しないため実習先のコーディネート希望する。 ※見学実習先により、検査等[細菌検査(検便)、結核検査(胸部X線)、麻疹・風疹の予防接種や抗体検査等]を求められる場合があります。 検査等は各自で受けていただき、費用も自己負担となりますのでご了承ください。	
以下は実習先のコーディネート希望する方のみご記入ください。		
実習先希望施設		
その他連絡事項		

*1 実習対象施設…… 認可保育所・認定こども園・小規模保育施設

【注意事項】

- ・ 受講者は募集期間終了後、抽選により決定します。
- ・ 募集定員に達しなかった場合、申込みコース初日一週間前まで募集を受付けます。
- ・ 募集期間後の空き状況につきましては、下記担当までお問い合わせください。

■研修申込先・お問い合わせ先■

綾瀬市保育課保育・学童担当

〒252-1192 神奈川県綾瀬市早川550番地

TEL:0467-70-5615 (平日8:30～17:00) Mail:wm.705615@city.ayase.kanagawa.jp