

平成31年度 旭川市子育て支援員研修 第1期 受講申込書

申込受付期間
4/18(木)～5/17(金)

年 月 日

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和 平成 年 月 日生(歳)	修了証の発行等に必要です。 正確にご記入ください。
住所	〒 ー 北海道	受講票及び修了証書の宛先 になるので、番地まで正確に ご記入ください。
電話番号	(自宅もしくは携帯)	事務局から日中に問い合わ せる事があります。
勤務先		
受講希望 する理由		

基本研修	平成31年 6月17日(月)	
受講を希望する研修(コース)いずれかに○をつけてください。		
専門研修	地域保育コース 平成31年 6月18日(火)・19日(水)・20日(木) (別途見学実習あり)	
	放課後児童コース 平成31年 6月21日(金)・24日(月)	
同意欄 (地域保育 コース受講者 のみ)	子育て支援員研修における普通救命講習の受講に際し、旭川市消防本部へ氏名及び生年月日の提供につ いて同意します。 氏名 ⑧	
備考 保有資格など		

※注意事項

- (1)平成31年5月1日以降の日付けは、「平成31年」を「新元号元年」に読み替えてください。
- (2)基本研修は有資格者(保育士、社会福祉士の有資格者) 又は、他のコースの子育て支援員研修の修了者
は免除が可能です。
免除希望者は、備考欄に保有資格を記入の上、その資格を証明する書類の写しを提出してください。
- (3)専門研修は、基本研修を修了した方が対象となります。専門研修はどちらかのコースのみの選択となります。
- (4)定員を超過した場合は抽選での選考となり、受講できない場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- (5)申込みは、郵送(郵送の場合は当日消印有効)又は直接こども育成課への提出となります。
- (6)受講可否の結果につきましては、5月下旬位までにご自宅へ通知文書を発送いたします。
- (7)本申込書にご記入いただきました個人情報につきましては、主催者からの各種連絡、情報提供以外には使
用いたしません。
- (8)開催場所は、『旭川市子ども総合相談センター』(旭川市10条通11丁目)となります。
駐車場が確保できないため、公共交通機関をご利用ください。

受講申込み先

美瑛町保健福祉課社会係
〒071-0209 美瑛町本町4丁目6番1号
TEL (0166) 92-4245

年 月 日

受講者推薦書

所在地

事業所名
(保育所・幼稚園・認定こども園等)

代表者職・氏名

印

担当者氏名
連絡先

- 1 地域保育コース
- 2 放課後児童コース

※受講を希望するコースに○を付けてください。

上記研修の受講者として、下記の者を受講させたいので推薦いたします。

- 1 受講希望者氏名
- 2 事業所名
(保育所・幼稚園・認定こども園等)
- 3 事業所所在地
- 4 推薦理由 当事業所が事業を実施するに当たり、上記の者が本研修を受講することが職員配置上、必要不可欠であるため