

令和2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
4/16(木)～5/15(金)

年 月 日

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和 年 月 日生(歳) 平成	修了証の発行等に必要です。 正確にご記入ください。
住所	〒 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	令和2年 6月15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 令和2年 6月16日(火)・17日(水)・18日(木) (別途見学実習あり)	
	放課後児童コース 令和2年 6月19日(金)・22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) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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

美瑛町役場 保健福祉課
子ども・子育て支援室 子ども福祉・相談係
〒071-0292 上川郡美瑛町本町4丁目6番1号
TEL (0166)92-4262(平日8:30～17:15)