

# 令和3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  
5/12(水)～6/2(水)

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	〒 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	令和 3年 7月 2日 (金)	
<b>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。</b>		
専門研修	地域保育コース 令和 3年 7月 5日 (月)・6日 (火)・7日 (水) (別途、2日間の見学実習あり)	
	放課後児童コース 令和 3年 7月 12日 (月)・13日 (火)	
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	
備考 保有資格など		

## ※注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 受講可否の結果につきましては、6月中旬位までにご自宅へ通知文書を発送いたします。
- 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。
- 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 美瑛町本町4丁目6番1号  
TEL (0166)92-4262(平日8:30～17:15)

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

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