（様式１－２）

令和元（2019）年度兵庫県子育て支援員研修受講申込書

【地域子育て支援コース<利用者支援事業（基本型・特定型）>】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  兵庫県社会福祉協議会  　福祉人材研修センター所長　様  申込者住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　（記名・押印願います）  私は、標記の研修について、次のとおり申し込みます。また、下記※１に定められた個人情報の取扱いに同意します。 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 証明写真  （上半身）  写真の裏に氏名を記入し、全面のり付けしてください。  （6か月以内に撮影したものに限る） |
| 氏　名 |  | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 |  | | | |
| ＦＡＸ |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 住 所 | 〒　　　　－ | | | |
| 基本研修  希望する何れか１つの番号に〇を入れて下さい | | １ Ａ日程を受講 ２ Ｂ日程を受講  ３ どちらでも良い ４ 基本研修免除希望(※３参照) | | | |
| 専門研修  希望する何れか１つの番号に〇を入れて下さい | | １　利用者支援事業（基本型） | | | |
| ２　利用者支援事業（特定型） | | | |
| 一部科目の免除  該当する番号に〇を入れてください | | １　有　　　２　無 | | | |
| 免許資格等について  お持ちの資格の番号に〇を入れてください | | １ 保育士 ２ 社会福祉士 ３ 幼稚園教諭  ４ 看護師 ５ 保健師 | | | |
| ※就業している方のみ  就業している事業所名  〔　　　　　　　　　　　　〕 | | 事業所所在地 | | | |

※1　 受講申込書及びこれに添付された書類に記載された個人情報については、本事業に必要な範囲に限り、兵庫県及び県内各市町に提供する場合があるほかは、社会福祉法人兵庫県社会福祉協議会個人情報保護規程に基づき、適正な管理を行い、本事業以外の目的に利用することはありません。

※２　本人確認書類として運転免許証、健康保険証の写し（A4サイズの用紙にコピー）を必ず同封してください。

※３　基本研修免除希望者は募集ちらしに記載された必要書類を必ず同封してください。

※４　一部科目免除希望者は「一部科目修了証書」の写しを添付してください。

※受講申込書は福祉人材研修センターホームページ（<https://hfkensyu.com/>）からもダウンロードできます。

（注）以下の欄は参加市町が記入しますので、空欄にしておいてください。

【参加市町記入欄】

※参加市町ご担当者様は、この申込書を受付された際に左枠に申込番号（市町名の後にアラビア数字）を記入し、必ず当該申込者にその番号を伝えてください。受講決定者については、当センターのホームページにこの「申込番号」を記載した受講決定者一覧を掲載し、受講決定の可否をお知らせします。

申　込　番　号

（様式１－２記入例）

令和元（2019）年度兵庫県子育て支援員研修受講申込書

【地域子育て支援コース<利用者支援事業（基本型・特定型）>】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和元年○○月○○日  兵庫県社会福祉協議会  　福祉人材研修センター所長　様  申込者住所　神戸市中央区中山手通7-28-33  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　山田　花子　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　（記名・押印願います）  私は、標記の研修について、次のとおり申し込みます。また、下記※１に定められた個人情報の取扱いに同意します。 | | | | | |
| フリガナ | ヤマダ　ハナコ | | | | 証明写真  （上半身）  写真の裏に氏名を記入し、全面のり付けしてください。  （6か月以内に撮影したものに限る） |
| 氏　名 | 山田　花子 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　１年　１月　１日 | | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 | 078-367-3001 | | | |
| ＦＡＸ | 078-367-4522 | | | |
| メールアドレス | ○○○○@○○○○.or.jp | | | |
| 住 所 | 〒650－0004  神戸市中央区中山手通7-28-33 | | | |
| 基本研修  希望する何れか１つの番号に〇を入れて下さい | | １ Ａ日程を受講 ２ Ｂ日程を受講  ３ どちらでも良い ４ 基本研修免除希望(※３参照) | | | |
| 専門研修  希望する何れか１つの番号に〇を入れて下さい | | １　利用者支援事業（基本型） | | | |
| ２　利用者支援事業（特定型） | | | |
| 一部科目の免除  該当する番号に〇を入れてください | | １　有　　　２　無 | | | |
| 免許資格等について  お持ちの資格の番号に〇を入れてください | | １ 保育士 ２ 社会福祉士 ３ 幼稚園教諭  ４ 看護師 ５ 保健師 | | | |
| ※就業している方のみ  就業している事業所名  〔　　　　　　　　　　　　〕 | | 事業所所在地 | | | |

※1　 受講申込書及びこれに添付された書類に記載された個人情報については、本事業に必要な範囲に限り、兵庫県及び県内各市町に提供する場合があるほかは、社会福祉法人兵庫県社会福祉協議会個人情報保護規程に基づき、適正な管理を行い、本事業以外の目的に利用することはありません。

※２　本人確認書類として運転免許証、健康保険証の写し（A4サイズの用紙にコピー）を必ず同封してください。

※３　基本研修免除希望者は募集ちらしに記載された必要書類を必ず同封してください。

※４　一部科目免除希望者は「一部科目修了証書」の写しを添付してください。

※受講申込書は福祉人材研修センターホームページ（<https://hfkensyu.com/>）からもダウンロードできます。

（注）以下の欄は参加市町が記入しますので、空欄にしておいてください。

【参加市町記入欄】

※参加市町ご担当者様は、この申込書を受付された際に左枠に申込番号（市町名の後にアラビア数字）を記入し、必ず当該申込者にその番号を伝えてください。受講決定者については、当センターのホームページにこの「申込番号」を記載した受講決定者一覧を掲載し、受講決定の可否をお知らせします。

申　込　番　号

○○市（町）-１

（様式２）

在職証明書

（幼稚園教諭・看護師・保健師用）

　　年　　　月　　　日

兵庫県社会福祉協議会

　福祉人材研修センター所長　様

所在地

名　称

代表者職・氏名　　　　　　　　印

（担当者名　　　　　　　　　　　）

連絡先電話番号

下記の者は以下のとおり日々子どもと関わる業務に携わる者であることを証明します。

記

１　氏名及び生年月日

（１）氏名

（２）生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

２　事業所名及び所在地

（１）事業所所在地

（２）事業所名

３　施設の種類（該当欄にレ点を入れてください）

　□保育所、□幼稚園、□認定こども園　□放課後児童クラブ　□地域子育て支援拠点

□家庭的保育事業　□小規模保育事業　□事業所内保育事業

４　勤務者の業務内容及び就業期間

（１）業務内容

（２）就業期間（実務経験１年以上）

　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日

　※在職証明書は福祉人材研修センターホームページ（<https://hfkensyu.com/>）からもダウンロードできます。

（様式３）

利用者支援事業（基本型）実務経験証明書

兵庫県社会福祉協議会

　福祉人材研修センター所長　様

　　年　　　月　　　日

所 在 地

法人等団体名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先電話番号

担当者名

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 受講者氏名 |  | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 事業所名 |  | |
| 事業所所在地 |  | |
| 業務内容  ※ |  | |
| 上記業務従事期間 | 昭和・平成　　年　　月　　日～昭和・平成　　年　　月　　日  ※産休・育休期間を除く。 | |

※地域子育て支援コース（利用者支援事業・基本型）の受講に当たっては、利用者支援事業、地域子育て支援拠点事業又は保育所における主任保育士業務等相談及びコーディネート等の業務内容を必須とする市町長が認めた事業や業務に１年以上の実務経験を予め有していることが条件となっています。

※利用者支援事業基本型実務経験証明書は福祉人材研修センターホームページ（<https://hfkensyu.com/>）

からもダウンロードできます。