

申込 Fax 番号

03-3553-1922

保育士等キャリアアップ研修申込書

*は必須項目になります。

複数名お申込みの場合、受講者情報登録は必ずお一人ずつ行ってください。

研修コース 食育・アレルギー対応研修会 ～保育士対象～

お名前*	姓 名		
ふりがな*	ひらがなでご記入ください 姓 名		
年齢*	歳	性別*	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

■現在の勤務先情報（受講票送付先）

運営主体*	<input type="checkbox"/> 公設公営 <input type="checkbox"/> 公設民営 <input type="checkbox"/> 民設民営		
法人名*	公営の方は自治体名を記入してください		
勤務先名称*			
郵便番号*	—	都道府県*	都道府県
勤務先住所*	番地や建物名も記入してください		
指定都市/中核市			
勤務先電話番号*	—	—	
メールアドレス*			

勤務先種別*	<input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> 幼保連携型認定こども園 <input type="checkbox"/> 保育所型認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園型認定こども園 <input type="checkbox"/> 地方裁量型認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業 <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業 <input type="checkbox"/> 地方単独保育事業（認証・認定等） <input type="checkbox"/> 許可外保育施設（企業主導型を含む） <input type="checkbox"/> その他（以下に記入）		
勤務先種別で「その他」を選択した場合のみ			
勤務先種別（その他）			
現職名*	<input type="checkbox"/> 保育士・保育教諭 <input type="checkbox"/> リーダー保育士・リーダー保育教諭 <input type="checkbox"/> 副主任保育士・指導保育教諭 <input type="checkbox"/> 主任保育士・主幹保育教諭 <input type="checkbox"/> 副園長・副所長・教頭 <input type="checkbox"/> 園長・所長 <input type="checkbox"/> 看護師・保健師 <input type="checkbox"/> 栄養士・調理師 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> その他（以下に記入）		
現職名で「その他」を選択した場合のみ			
現職名（その他）			
現職の経験年数*	年	保育士の経験年数*	年
年数は月数切り上げ（例）0年10か月→1年、4年3ヶ月→5年			

■キャリアアップ研修に関する情報

保育士資格の有無*	<input type="checkbox"/> 有資格者 <input type="checkbox"/> 無資格者		
保育士登録番号	都道府県	必ず6桁の数字をご記入ください	
生年月日*	(西暦) 年 月 日		
自宅住所（郵便番号）*	-	自宅住所（都道府県）*	都道府県
自宅住所（市区町村以降）*			
勤務先施設の所在市町村名（特別区含む）*			
勤務先の保育施設が所在する「市町村名（特別区含む）」をご記入ください。 （例：札幌市、多古町、入間郡三芳町、新庄村、千代田区など） ※都道府県名は記入する必要はありません。 また、「市町村（特別区含む）名」以降の住所も記入する必要はありません。			

※以下の受講票送付先は、勤務先住所と同じ場合には記入は不要です

受講票送付先／郵便番号	—
受講票送付先／住所	番地や建物名も記入してください
受講票送付先／電話番号	— —
受講票送付先／宛名	

■その他・備考（自由記述）

備考 (自由記述欄)	
---------------	--

■情報共有の確認

東京都以外の道府県で勤務する場合、都道府県間で研修修了者の情報を共有することにより、当該情報の確認が円滑となることから、指定研修実施機関は、他の道府県及び市町村に情報を提供することとなります。同意をお願いします。

同意します。