令和2年度
旭川市子育て支援員研修
第2期　受講申込書

申込受付期間
11/19(木)～12/11(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	〒　　－ 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 1月 18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3年 1月 19日 (火)・20日 (水)・21日 (木) (別途見学実習あり)	
	放課後児童コース 令和 3年1月 22日 (金)・25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　　㊞	
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、12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)

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〇を付けてください。

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