

# 令和4年度 宮古島市子育て支援員研修 受講申込書

申し込み先

一般社団法人沖縄こどもみらい創造支援機構(研修運営業務受託事業者)

【郵送提出先】

〒906-0007 宮古島市平良字東仲宗根821番地7

一般社団法人沖縄こどもみらい創造支援機構(FC-lab 未来創造研究室部門)

下記の必要事項を記入及び該当項目の☑をお願いします。

フリガナ			
氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日( 歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
郵便番号	—		
住所			
電話番号	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅	※事務局から日中に問い合わせすることがあります。	
メールアドレス (携帯電話不可)			
基本研修免除の有無 (どちらかに☑)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※「有」に☑をつけた方は、保有資格等の資格証の写しを添付してください。
一部科目免除の有無 (どちらかに☑)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※「有」に☑をつけた方は、該当科目の記載された証明書の写しを添付してください。
該当箇所に☑を いれてください。	子育て支援員の認定を要する理由		
	<input type="checkbox"/>	認定が必要な施設等に、現在 従事している	
	<input type="checkbox"/>	認定が必要な施設等に、従事することが決まっている	
	<input type="checkbox"/>	認定が必要な施設等に、従事することを希望している	
その他確認事項	研修の受講にあたり確認したい事項等がありましたらご記入ください。		

※申込書に記載いただいた情報は、本研修に関することに使用するほか、厚生労働省への資格認定者情報の報告及び都道府県間の相互の利用・提供のために使用します。その他には使用しません。