

平成30年度 保育士キャリアアップ研修【保健衛生・安全対策】 受講申込書

○法人・事業所情報（受講決定通知書送付先）

記入日：平成 年 月 日

(ふりがな) 法人種別・ 法人名	<small>※例：社会福祉法人 島根県福祉人材センター</small>	(ふりがな) 保育所名	<small>※例：人材センター保育園</small>
所在地・ 連絡先	〒 -		
	連絡担当者：		
TEL	— —	FAX(緊急連絡先)	— —

○受講者情報

ふりがな		保育士登録番号（保育士資格をお持ちの方は必ず記入）
氏名		都 道 府 県
受講者住所	〒 -	生年月日
		S H 年 月 日
経験年数（平成30年4月1日現在）	職種・資格等	役職等
年 カ月		
<small>※保育士以外の職種の方も記入してください。</small>	<small>※保育士・看護師・栄養士等</small>	<small>※副主任保育士等</small>
希望会場 ※○で選択してください。		担当クラス
松江	浜田	() 歳児/その他 ()

※保育士経験年数及び担当クラスはグループ分けの際に必要ですので、必ずご記入ください。

※経験年数は下記 内の算定対象施設における実務経験年数を記載してください。

(過去の職場における実務経験も含まれます。)

(注1) 保育士としての勤務だけでなく、栄養士、調理師、看護師、子育て支援員、幼稚園教諭、保育教諭、保育補助者、事務員などすべての職種での経験年数を含みます。

(注2) 常勤（1日6時間以上かつ月20日以上勤務している期間とします。）として勤務している期間を経験年数としてカウントしてください。

※記載された個人情報、本研修会以外の目的には使用しません。

【算定対象施設】

- ① 保育所、認定こども園、幼稚園及び地域型保育事業所
- ② 小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校及び専修学校
- ③ 第1種社会福祉事業（障害者支援施設、障がい児入所施設、養護老人ホーム等）
- ④ 第2種社会福祉事業所（放課後児童クラブ、子育て支援センター、デイサービス、老人居宅介護等）
- ⑤ 児童の一時保護施設
- ⑥ 認可外保育施設（・認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書の交付された施設 ・企業主導型保育施設・証明書交付施設に限る・幼稚園に併設された施設）
- ⑦ 病院、診療所、介護老人保健施設及び助産所（保健師、看護師又は准看護師に限る。）