

東京都保育士等キャリアアップ研修 申込書

日本児童教育専門学校

FAX: 03-3205-1785

■対象研修: 保育マネジメント研修(2日間) 令和3年2月20日(土)、21日(日) 両日とも9:00~18:00

学校記入欄

受付日	年	月	日
申込番号			

1、受講料補助対象の確認

勤務先に該当する施設に○をつけて下さい。

・都内に所在する施設・事業所に勤務する方で、「子ども・子育て支援法第27条第1項に規定する特定教育・保育施設及び同法第29条第3項に規定する特定地域型保育所

<input type="checkbox"/>	新制度に移行した「私立」幼稚園	<input type="checkbox"/>	認可保育園(公立・公設民営を除く)	<input type="checkbox"/>	認定子ども園(公立・公設民営を除く)
<input type="checkbox"/>	地域型保育事業(小規模保育園、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業)				

・東京都認証保育所事業実施要綱に規定する

認証保育所

公立保育所又は公設民営保育所並びに他道府県所在保育所等である → 有料(受講料20,000円)

2、受講者情報

保育士 登録番号	都道府県名	登録番号 (6桁)						
フリガナ							性別	男・女
氏名								
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳		
自宅住所	〒							
電話番号	自宅					携帯		

フリガナ			
勤務先 施設名			
勤務先住所 (都道府県より)	〒		
職種・役割	保育士・リーダー・副主任・主任・その他()		
	電話番号 ()		

個人情報の取扱いについて

- 1) 研修申込みに関する個人情報は、研修終了後、東京都に提供いたします。
- 2) 東京都は、他の道府県で勤務する研修修了者や研修修了後に他の道府県の施設に異動する研修修了者の情報を共有する目的から、他の道府県に情報を提供いたします。
- 3) 申込みの際にいただいた個人情報は、研修の実施・運営、研修のご案内の送付、修了証の発行及び都道府県からの問い合わせ対応・報告等、研修運営上の範囲で利用いたします。

上記を確認し、情報提供に同意いたします。

(西暦) 年 月 日 署名(自筆) _____