

令和 7 年度沖縄市子育て支援員研修 受験申込書

下記内容をご確認の上お申し込みください。

- ・取得した個人情報、本事業以外の目的には使用しません。
- ・受講が決定した方には 11 月 21 日以降に受講決定通知書を送付いたします。
- ・受講申込期間：10 月 27 日（月）～11 月 17 日（月）17 時必着

ふりがな				
氏名	姓	名	生年月日	西暦 年 月 日
電話番号	-	-	メール	
住所	〒			

受講対象者確認（該当する箇所に☑チェックをお願いします。）

☐ 本市の保育や子育て支援分野の職場に勤務している者

☐ 保育や子育て支援等の仕事に関心を持ち、市内において保育従事者等として従事することを希望する者（市外在住者含む）

※各種保育所等、子どもに関わる業務に勤務している又は勤務予定の方は下記をご記入ください。

勤務状況	☐ 勤務中 ☐ 勤務予定（令和 年 月 日開始）
就業先 （事業所・施設）	（名称）
	（電話番号）

※推薦書について

市内において認可を受けている若しくは認可を受ける予定である事業所に従事しているか、従事予定の方は、勤務先に「受講者推薦書」をご記入いただき、申込書提出時に添付ください。優先的に受講決定いたします。

※研修免除科目の有無について下記をご記入ください

保有資格 （「基本研修」免除要件）	☐ 1.保育士 ☐ 2.社会福祉士 ☐ 3.幼稚園教諭 ☐ 4.看護師 ☐ 5.保健師
免除希望の有無	※上記 1～2 の資格を保有している場合、希望により「基本研修」を免除することができます。
	※上記 3～5 の資格を保有し、かつ、日々子どもに関わる業務（保育園、幼稚園、認定こども園、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブなど）に関わっている方は、希望により「基本研修」を免除することができます。
	☐ 免除を希望する。→上記 1～5 に該当する資格証の写しを添付すること 氏名変更がある場合は戸籍謄本写しも添付が必要です。
	☐ 一部科目は修了しているため、未受講科目のみ受講する。

申込書郵送先 〒904-1211 沖縄県国頭郡金武町字金武 4348-2 琉球リハビリテーション学院 沖縄市子育て支援員研修事務局 福田宛

受講者推薦書

所在地
事業所名
代表者職・氏名
連絡先

令和 7 年度沖縄市子育て支援員（地域保育コース）研修に下記の者を受講させたいので
推薦いたします。

	氏 名	勤務内容	推薦理由
1			
2			