広島県知事　様 様式１

令和６年度 広島県放課後児童支援員認定資格研修受講申込書

　　　　　　　　　　　　記入年月日：　　　年　　　月　　　日

※受講者カード欄には氏名のみ記入してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 受講者カード受講者番号：氏　　名： | 顔写真貼付欄（縦3cm×横2.4cm） |
| 申込者氏　名 |  |
| 生年月日 | 昭・平　　年　　月　　日生 |
| 連絡がつく電話番号 |  | 令和６年度　広島県放課後児童支援員認定資格研修 |
| オンライン受講の方はメールアドレス | ※アルファベットと数字等見間違えやすいものは、注釈や表現をはっきりさせて下さい。※info@ja-acc.jpの受信設定をお願いします。受信設定されていない携帯メールアドレスは不可 |
| 自宅住所 | 〒　　　　－ |
| 基準第10条第３項第１～10号で該当するもの（見込み）**いずれか１つに✔** | （　　）１号 保育士の資格を有する者（注1）（　　）２号 社会福祉士の資格を有する者　(注2)（　　）３号 高卒以上かつ２年以上児童福祉事業に従事した者　(注3)（　　）４号 教育職員免許法第４条に規定する免許状を有する者　(注4)（　　）５号 大学において指定の課程を修了した者（　　）６号 大学で指定の課程を修了し大学院に進学した者（　　）７号 大学院において指定の課程を修了した者（　　）８号 外国の大学で指定の課程を修了した者（　　）９号 高卒かつ２年以上放課後児童健全育成事業に類似する事業に従事した者（　　）10号 ５年以上放課後児童健全育成事業に従事した者 |
| (注1) 保育士「２－④ 」「２－⑤ 」「２－⑥ 」「２－⑦ 」計４科目免除対象(注2)　社会福祉士「２－⑥」「２－⑦ 」計２科目免除対象(注3)　現職の方は９号ではなく、基本的に３号となります。(注4)　教員「２－④ 」「２－⑤ 」計２科目免除対象 |
| 前年度一部科目修了者の方は✔ | （　　）前年度一部科目修了者 |
| 勤務(予定) 先クラブ名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※現在勤務はしていないが，勤務する予定のクラブがある場合は，そのクラブ名及び勤務開始時期を記載 |
| 勤 務 先住　　所 | 〒　　　　－ |
| 勤 務 先電話番号 | （　　　）　　　－　　　　 | 勤 務 先FAX番号 | （　　　）　　　－　　　　 |
| 受講希望会場一箇所に✔ | 前半会場 | 後半会場 | 令和７年開催 |
| □広島１ □東広島 □三次 □広島平日 | □福山 □オンライン | □広島２ |
| 特記事項欄(必要な方のみ) | ※研修受講にあたっての申し送り事項、もしくはオンラインで一緒に受講する方の氏名を記載してください。※振替希望については、この欄に記入せず、振替希望届出書（様式３）を記入の上、提出してください。 |
| 申込書と同時に振替希望届出書の提出　　　　有□　　　無□ |

※本申込書に記載された情報は、放課後児童支援員認定資格研修に関することに使用するほか、こども家庭庁への資格認定者情報の報告及び都道府県間の相互利用・提供のために使用します。

様式２

　　年　　月　　日

広島県知事　様

証明者の住所

（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

証明者の団体名（施設名）・役職

（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

証明者氏名

（　　　　　　　　　　　　　　　印　）

実 務 経 験 証 明 書

（　　　　　　　　　　）氏は,本団体（施設）において、次のとおり勤務していたことを証明します。尚、高等学校を卒業したものであることは、雇用時に確認済みである。

注)上記下線部は状況によって削除してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務施設名 | 期　間 | 職　名 | 事業名（内容） |
|  | 年　　月　　日～年　　月　　日（総勤務時間　　　時間） |  |  |
|  | 年　　月　　日～年　　月　　日（総勤務時間　　　時間） |  |  |

**※必ず時間数を記入してください。**

研修修了時までに要件（２年以上かつ時間数2,000時間（目安）以上）を満たす場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務施設名 | 期　間 | 職　名 | 事業名（内容） |
|  | 年　　月　　日～年　　月　　日（総勤務時間　　　時間） |  |  |

**※見込みの方は、要件を満たす日や時間数を必ず記入してください。**

様式３

振替希望届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 受講会場 |  |
| 受講者番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 申込者氏　名 |  |
| 自　　宅住　　所 | 〒　　　　－ |
| 連絡のつく電話番号 | （　　　）　　　－　　　　 | ※FAX番号 | （　　　）　　　－　　　　 |
| 振替希望会場 |  |
| 振替希望日 | 　　　　　　　　　　　　　⇒ |

※受講者番号は初日に受付にて通知いたしますので、それより前に提出される場合は未記入で構いません。

送り先：日本放課後児童指導員協会

**FAX（086）206－4222　 E-mail info@ja-acc.jp**

※受付済のリファックスをしますので、必ずFAX番号をご記入ください。

※メールの場合は上記内容をメール本文に直接記載して送信してもらっても構いません。

※提出から３日以上経過しても返信がない場合は、日本放課後児童指導員協会までお電話ください。

※振替希望は、必ず振替で受講する日の３日前までに申し出てください。

なお、オンラインへの振替の場合は事前に資料を送付する都合がありますので、

７日前までに連絡をお願いします。