令和２年度民間保育士等キャリアアップ研修受講申込書

「保健衛生・安全対策」

令和　　年　　月　　日

山梨県保育協議会　会長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 施設名 |  | |
|  | 住　所 | 〒 | |
|  | 申込者 |  | 印 |
|  | 電　話 |  | |
|  | ＦＡＸ |  | |

次の者の、受講を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者情報（令和２年４月１日現在） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | 生年月日  （和暦） | | | 1．昭和  2．平成 | | | 年　 　月　　 日 | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 |  | | ― | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経験年数 | 満 | |  | | 年 | | 保育士登録番号　**※保育士証をお持ちの方のみ** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 都 道府 県 | | ― |  | |  | |  |  |  |  |
| 現 担 当  職　　務 | (例　２歳児担任、４歳児副担任、栄養士　など) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 修了済の研　　修 | ※H29年度・H30年度・R1年度に修了済の研修に「○」、ない場合は“なし”に「○」をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| なし　１.マネジメント　 ２.幼児教育　 ３.乳児保育　 ４.障害児保育  ５.保護者支援・子育て支援　 ６.食育・アレルギー対応　 ７.保健衛生・安全対策 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職　　位  (役職名) | ※処遇改善等加算Ⅱの加算対象としての  職位(役職名)に○をしてください。 | | | | | | | | 副主任保育士・専門リーダー・職務分野別リーダー | | | | | | | | | | | |
| 保育士等キャリアアップ研修ガイドライン５(４)イ情報の取扱いについて、必要がある場合は、都道府県及び市町村に申込時及び修了時に取得した個人情報を提供することについて同意しますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | 同意する・同意しない | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 令和２年度、貴園で処遇改善等加算Ⅱを取得する予定はありますか。 | ある　・　なし |

|  |  |
| --- | --- |
| 【令和元年度までの状況をご記入ください。】  貴園で、処遇改善等加算Ⅱの要件を満たした方の人数をご記入ください。 | ・副主任保育士　　　　 （　　　　人）  ・専門リーダー　　　　 （　　　　人）  ・職務分野別リーダー　 （　　　 人） |
| ※職務分野別リーダーについては、各分野の人数もご記入ください。 | 1．幼児教育　　　　　　（　　　　人）  2．乳児教育　　　　　　（　　　　人）  3．障害児保育　　　　　　（　　　　人）  4．保護者支援・子育て支援（　　　　人）  5．食育・アレルギー対応（　　　　人）  6．保健衛生・安全対策（　　　　人） |