

## 青森県子育て支援員研修受講申込書

フリガナ			大正・昭和・平成	
氏名			生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 —			
電話番号	自宅 — — 携帯電話 — —			
受講希望コース (希望する研修 に○を記入して ください)	地域保育 コース	地域型保育		基本研修
				専門研修
		一時預かり事業		基本研修
				専門研修
保育士・社会福祉士資格等をお持ちで基本研修の免除を希望する場合は「基本研修の免除を希望する」及び所有している資格に○を記入してください。  <b>※免除を希望する場合は、当該資格証等の写しを添付してください。</b>	所有している資格	基本研修の免除を希望する		
			保育士	
			社会福祉士	
			其他国家資格名を記載	
		従事している子育て支援活動内容・年数を記載  (経験年数 年)		

申込先・問い合わせ先

030-8570 青森市長島一丁目1番1号

青森県健康福祉部こどもみらい課 児童施設支援グループ

電話 017-734-9302 (直通) FAX 017-734-8091