鳥取県知事　様 様式１

令和４年度 鳥取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：令和　　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 |
| 日中連絡がつく電話番号 |  | 令和４年度 鳥取県放課後児童支援員認定資格研修 |
| 自宅住所 | 〒　　　　－ |
| 連絡がつくメールアドレス(必須)※携帯メールアドレス不可 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠※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。 |
| 基準第10条第３項第１～10号で該当するもの１つに✔ | （　　）１号 保育士の資格を有する者（資格証）（注1）（　　）２号 社会福祉士の資格を有する者（資格証）（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）（雇用時に高卒等を確認済の実務経験証明書）（　　）４号 教育職員免許法に規定する免許状を有する者（資格証）（注4）（　　）５号 大学において指定の課程を修了した者（卒業証明書・科目履修証明書）（　　）６号 大学で指定の課程を修了し大学院に進学した者（成績証明書）（　　）７号 大学院において指定の課程を修了した者（卒業証明書）（　　）８号 外国の大学で指定の課程を修了した者（卒業証明書）（　　）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（市町村長に対する認定願）（　　）10号５年以上放課後児童健全育成事業に従事した者（市町村長に対する認定願） |
| (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 先クラブ名 |  |
| 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✔ | □平日開催 　　□休日開催 |

※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、厚生労働省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、新型コロナウイルス感染症対策のために使用します。

様式２

（３号の方）

令和　　年　　月　　日

鳥取県知事　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） |  |  |
|  | 年　　月　　日～年　　月　　日（総勤務時間　　　時間） |  |  |

※３号該当者については、所属長を証明者としてください。

※必ず総勤務時間数を記入してください。

様式３

（９号又は10号の方）

|  |
| --- |
| 勤　　務　　証　　明　　書１．勤務者氏名及び生年月日　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生２．事業の種類（ア・イのうち該当するものを○で囲み、事業の種類を具体的に記入してください。）　　ア　９号　放課後児童クラブに類似する事業（注１）イ　10号 放課後児童健全育成事業３．実施主体　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４．運営主体　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　５．実施場所　 ○所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ○電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　６．運営開始年月　昭和・平成　　　　年　　　　月７．勤務先の名称、勤務期間等 |
|  | 名　　称 | 勤　　務　　期　　間 | 総勤務時間数 |  |
|  　 | 自 | 昭・平・令　　年　　月　～　 |  |
| 至 | 昭・平・令　 年　　月　まで |
| 計 |  年　　月 |
|  上記の者は、２に掲げる事業に従事していたことを証明します。　 令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　 証明者名 印 |
|  | 証明書作成者名 |  |  |
| 連　　絡　　先 |  |
|  ※記載内容の確認のため、連絡することがあります。 |
| （市町村記入欄）　上記の者は、基準第１０条第３項に該当する者として、適当であることを認めます。　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　市町村長名 印 |

注１）「放課後児童クラブに類似する事業」とは、例えば放課後子供教室、地方公共団体や民間団体が実施するもの等、児童福祉法第３４条の８第２項の放課後児童健全育成事業の届出を行わずに実施している類似事業を指します。

※９号該当者、10号該当者については、市町村長を証明者としてください。

様式４

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。