

# 令和5年度 宮古島市子育て支援員研修 受講申込書

お申込先：株式会社東京リーガルマインド那覇支社（研修運営業務受託業者）  
 【郵送提出先】☎902-0067 沖縄県那覇市安里2-9-10 丸姫産業第2ビル2階  
 下記の必要事項を記入及び該当項目の☑ をお願いします。

|                  |   |            |  |
|------------------|---|------------|--|
| フリガナ             |   |            |  |
| 氏名               |   |            |  |
| 生年月日             | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成   | 年 月 日 ( 歳) | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 住所               | 〒 □ □ □ - □ □ □ □   |            |  |
| 電話番号             | <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅 ※事務局から日中に問い合わせることがあります。<br>- -                |            |  |
| メールアドレス          | ※キャリアメール（携帯電話のメール）は不可   |            |  |
| 基本研修免除の有無        | <input type="checkbox"/> 免除有り <input type="checkbox"/> 免除無し<br>※「有り」に☑ をつけた方は、保有資格等の資格証の写しを添付して下さい。     |            |  |
| 一部免除の有無          | <input type="checkbox"/> 免除有り <input type="checkbox"/> 免除無し<br>※「有り」に☑ をつけた方は、該当科目の記載された証明書の写しを添付して下さい。 |            |  |
| 該当箇所に☑ をいれてください。 | 子育て支援員の認定を要する理由   |            |  |
|                  | <input type="checkbox"/> 認定が必要な施設等に、現在従事している  |            |  |
|                  | 施設名：  |            |  |
|                  | <input type="checkbox"/> 認定が必要な施設等に、従事することが決まっている   |            |  |
|                  | <input type="checkbox"/> 認定が必要な施設等に、従事することを希望している   |            |  |
| その他確認事項          | 研修の受講にあたり確認したい事項等がありましたらご記入ください。  |            |  |