滋賀県知事　　殿 様式１

令和６年度 滋賀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 |
| 連絡がつく電話番号 |  | 令和６年度　滋賀県放課後児童支援員認定資格研修 | | | |
| 連絡がつくメールアドレス(ｵﾝﾗｲﾝ受講の方必須) | ※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。携帯メールアドレスは不可（オンライン受講の方） | | | | |
| 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 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✔ | □北部　　　□南部　　　□オンライン | | | | |
| 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会場で一緒に受講する方の氏名を記載 | | | | |

※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２－1

令和　　年　　月　　日

滋賀県知事　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） |  |  |

※当様式における証明者は、施設長・事業主等としてください

※必ず時間数を記入してください。

**※今年度中に超える見込みの方は、要件を満たす日も必ず記入してください。**

【※第９号の場合（市町長の証明）】

　滋賀県放課後児童支援員認定資格研修の受講に際し、上記の者は放課後児童健全育成事業の設備及び運営に関する基準（平成26年厚生労働省令第63号）第10条第３項第９号に該当していることを証明する。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

様式２－２

令和　　年　　月　　日

滋賀県知事　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。

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

※当様式における証明者は、施設長・事業主等としてください

【※第10号の場合（市町長の証明）】

　滋賀県放課後児童支援員認定資格研修の受講に際し、上記の者は放課後児童健全育成事業の設備及び運営に関する基準（平成26年厚生労働省令第63号）第10条第３項第10号に該当していることを証明する。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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 | 〒　　　　－ | | |
| メールアドレス(ｵﾝﾗｲﾝへ振替希望  の方は必須) |  | | |
| 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、振替希望届出書の提出が早い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

※振替で受講する日の３日前まで（オンラインへの振替の場合は事前に資料を送付するため、７日前まで）に振替希望届出書をFAXまたはメールでご提出ください。

※ファックスで提出の方は、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。

　なお、メールでの提出の場合はメールの返信をもって受付の通知を行います。

※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。