

本研修は福島県より委託を受けて実施します。福島県から他の都道府県に対し、必要に応じて研修修了者名簿に記載する情報を提供しますので、同意される方のみお申込みください。本研修で知り得た個人情報は、本研修の関連業務以外には使用しません。なお、下記申込事項は、研修修了者名簿に記載する情報として全て必要となりますので、誤記や記入漏れがないようご注意ください。

(別紙2) 令和8年度 福島県保育士等キャリアアップ研修 受講申込書

※インターネット環境のある事業所はWebページよりお申込みをお願いいたします。
※受講申込書では、2・3期募集オンライン形式のお申込みはできません。

事業所情報

※1期募集申込期間: 令和8年6月9日(火) より 6月23日(火)

勤務先名		担当者 役職		勤務先 担当者名	
勤務先 電話番号		勤務先 FAX番号		利用定員	
所在地	〒 _____				
施設種別 該当するものに ○をしてください。	1 民間の保育所 2 民間の認定こども園 3 民間の地域型保育事業※ 4 公立の保育所 5 公立の認定こども園 6 公立の地域型保育事業※ 7 認可外保育施設 8 企業主導型保育事業 9 幼稚園 10 その他()				
※地域型保育事業(小規模保育事業、家庭的保育事業、事業所内保育事業、居宅訪問型保育事業)					
同一事業所から複数名の申込みをされる場合、 「受講申込書」をコピーしていただき1名につき1枚ずつ作成してください				e-mail	@

受講者情報

フリガナ			
氏名	姓	名	
生年月日	西暦 年 月 日	携帯電話番号	※研修当日に連絡が取れるものをご記入ください。
自宅住所	〒 _____		
職種 (○をつけて ください)	・保育士 ・幼稚園教諭 ・看護師 ・保育教諭 ・栄養士 ・調理師 ・その他()	保育士 登録番号 (保育士の方)	都 道 府 県 — _____
保育業務の総経験年数 (令和8年6月時点)	年 月	担当職務	(記入例: 副主任、乳児クラス担任、幼児クラスリーダーなど)

下記空欄に希望をご記入ください。(記入例: 第1希望=1、第2希望=2)
研修会場: 郡山市労働福祉会館(ベスト学院労働福祉会館) 郡山市虎丸町7-7

受講分野

専門分野別研修	
①	乳児保育 (8/22(土)、8/23(日))
②	幼児教育 (8/26(水)、8/27(木))
③	障害児保育 (9/2(水)、9/3(木))
④	食育・アレルギー対応 (8/5(水)、8/6(木))

専門分野別研修	
⑤	保健衛生・安全対策 (7/22(水)、7/23(木))
⑥	保護者支援・子育て支援 (8/29(土)、8/30(日))

マネジメント研修	
⑦	マネジメント (9/5(土)、9/6(日))

【一般財団法人 保健福祉振興財団】 申込送付先FAX番号: 03-6261-0308
受講決定者には事業所宛に6月下旬頃に受講決定通知書を送付します。
郵送先住所: 〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町3-12 紀尾井町ビル5階