



■免除科目について ※免除科目の希望のある方のみ記入ください

|   |   |                                 |                                   |                                   |                                 |                                 |
|---|---|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 資格保有による<br>基本研修受講免除の希望について                                      | <input type="checkbox"/> 基本研修の受講免除を希望する<br>保有資格に該当する番号を下記より選択し、□にチェック(✓)を入れてください。   |                                 |                                   |                                   |                                 |                                 |
| ※免除希望の場合、資格証の写しを添付してください。<br><br>※氏名変更がある場合、戸籍抄本の写しも併せてご提出ください。 | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="608 293 842 342"> <input type="checkbox"/> 1. 保育士                 </td> <td data-bbox="847 293 1453 342"> <input type="checkbox"/> 2. 社会福祉士                 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 349 842 398"> <input type="checkbox"/> 3. 幼稚園教諭                 </td> <td data-bbox="847 349 1453 398"> <input type="checkbox"/> 4. 看護師                 </td> <td data-bbox="1241 349 1453 398"> <input type="checkbox"/> 5. 保健師                 </td> </tr> </table> 3～5を選択の場合、児童と関わる業務経験をご記入ください<br>従事先名称<br>従事先住所<br>従事期間 | <input type="checkbox"/> 1. 保育士 | <input type="checkbox"/> 2. 社会福祉士 | <input type="checkbox"/> 3. 幼稚園教諭 | <input type="checkbox"/> 4. 看護師 | <input type="checkbox"/> 5. 保健師 |
| <input type="checkbox"/> 1. 保育士                                 | <input type="checkbox"/> 2. 社会福祉士   |                                 |                                   |                                   |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> 3. 幼稚園教諭                               | <input type="checkbox"/> 4. 看護師   | <input type="checkbox"/> 5. 保健師 |                                   |                                   |                                 |                                 |
| 一部科目受講済みによる<br>受講免除希望について                                       | <input type="checkbox"/> 一部科目の受講免除を希望する<br><br>※修了証書、一部科目修了証書または基本研修修了証明書の写しを添付してください。<br>※氏名変更がある場合は、戸籍抄本の写しも併せてご提出ください。   |                                 |                                   |                                   |                                 |                                 |

■情報提供への同意について

- (1) 私は、研修受講のために個人情報(市町村及び株式会社ポピンズプロフェッショナル)に提供されることに同意します。  
 (2) 私は、市町村の[研修修了者把握]のために個人情報が提供されることに同意します。  
 (3) (従事者のみ) 私は、従事先に研修受講・修了状況が提供されることに同意します。

■研修参加にあたっての同意書

研修開催にあたっては、新型コロナウイルス感染防止対策を徹底いたしますが(対策の詳細については、研修HPをご確認ください)お申込みにあたっては、以下(1)～(5)を事前にご確認ください。

- (1) マスクを着用しての参加、会場で実施する感染防止対策に従うことに同意します。  
 (2) 当日体調が悪い場合は参加を見合わせる事、また、主催者側の健康観察、検温の結果、出席をお断りされる場合があることを承諾します。  
 (3) 感染リスクを含むあらゆるリスク、損失について、主催者、研修事務局および講師は一切責任を負わないことに同意します。  
 (4) 万が一研修会場利用のお客様(研修参加者含む)に感染が確認された場合、調査機関へ個人情報が開示されることに同意します。  
 (5) 講義の録画/録音/撮影/スクリーンショット等の行為、講義内容のSNS等への無断投稿はいたしません。

上記の「情報提供への同意について」(1)～(3)、「研修参加にあたっての同意書」(1)～(5)に同意の上、お申込みされる場合は、下記にご署名をお願いいたします。(署名のない場合申込みを受理いたしません)

署名欄(必須入力) フルネームで正確にご記入ください。

|     |
|-----|
| お名前 |
|-----|

|        |
|--------|
| 事務局使用欄 |
|--------|