

# 令和2年度兵庫県子育て支援員等を対象とした 質の向上研修

募

集

要

項

## 1. 目的

各事業の従事者としての資質向上を図るために必要となる、基礎的分野から事業の特性に応じた専門分野における必要な知識・技術を習得する。

## 2. 対象者

次に示す方のうち、「質の向上研修」に参加する市町（以下「参加市町」という）に在住、又は在勤の方

- ・子育て支援員
- ・子育て支援員を目指す方
- ・現在地域型保育事業等で従事している方 など

(注) この事業は国・県・市町の負担で実施しますが、市町によっては本事業に参加していないところがありますのでご注意ください。

現在勤務している方で、勤務地が参加市町でない場合は対象外となります。

現在勤務していない方で、住所地が参加市町でない場合は対象外となります。

## 3. 実施主体

兵庫県（※資の向上研修は兵庫県保育協会が兵庫県より委託を受けて実施します。）

## 4. 日程

下記の日程に対し、希望する日を選択してお申込みください。詳細は3ページ目をご確認ください。

①2020年10月23日（金）

④2020年12月1日（火）

②2020年10月27日（火）

⑤2021年1月21日（木）

③2020年11月11日（水）

## 5. 受講料

無料（※往復の交通費は自己負担です。）

この事業は参加市町が参加費用を一部負担しています。受講決定通知後のキャンセルはキャンセル料が発生しますので、予定が変わった場合や取り下げる場合は早めに連絡をお願いします。

## 6. 申込方法

受講申込書に必要事項を記入のうえ、参加市町を通じてお申込みください。

※現在、研修対象の事業に従事している方 → 勤務地の参加市町にお申込み

※現在、研修対象の事業に従事していない方 → 住所地の参加市町にお申込み

※申込書は兵庫県保育協会のホームページからダウンロードできます。

<https://www.hyogo-hoikukyokai.or.jp/>

## 7. 定員

各コース 60 名（先着順）

定員を超えた場合は、参加をお断りする場合があります。

## 8. 申込期限

2020年9月7日（月）《各参加市町に必着》

受講申込書を参加市町担当部署にご提出ください。

## 9. 受講決定通知

兵庫県保育協会から各申込者様宛てに、受講の可否を通知します。（9月25日頃）  
各申込者様の受講可否の情報は、各市町担当者様にも通知をします。

## 10. 個人情報の取扱い

受講申込書又は添付書類に記載された個人情報は、本事業に必要な範囲で兵庫県及び参加各市町、その他の受託事業者に提供する場合がある他、適切に管理を行い、本事業以外の目的に利用することはありません。

## 11. お問い合わせ先

○研修の申込み、質の向上研修に関すること

公益社団法人兵庫県保育協会

電話：078-242-4623（平日9時～17時）

○研修制度、参加市町の状況、市町担当部署に関すること

兵庫県健康福祉部少子高齢局こども政策課

電話：078-362-4183（平日8時45分～17時30分）

## ★日程と詳細

	日程	内容・テーマ
①	2020年10月23日(金) 14:00~16:00	子育て支援と体育遊び
	講師：エール株式会社 安田式体育遊び研究所 研究指導員 杉島秀政先生	
②	2020年10月27日(火) 14:00~16:00	子育て支援と子どもの育ち
	講師：坂田福祉会 スーパーバイザー 澤谷説子先生	
③	2020年11月11日(水) 14:00~16:00	子育て支援とわらべうた遊び
	講師：神戸コダーイ芸術教育研究所 代表 小林純子先生	
④	2020年12月1日(火) 14:00~16:00	子育て支援と環境教育
	講師：環境教育ラボ スマイル☆アース 代表 西原三芳子先生	
⑤	2021年1月21日(木) 14:00~16:00	子育て支援と保護者支援
	講師：元 神戸常盤大学 教授 上月素子先生	

## ★会場の住所

神戸芸術センター 504 会議室

住所：〒651-0055

神戸市中央区熊内橋通 7-1-13

電話：078-241-7477



※地下鉄「新神戸」駅から徒歩4分圏内です。

## 2020 年度兵庫県子育て支援員研修【質の向上研修】受講申込書

年 月 日

兵庫県保育協会 様

私は、標記の研修について、次のとおり申し込みます。また、下記※1に定められた個人情報取扱いに同意します。

フリガナ				印		
氏名						
生年月日	S・H	年	月	日	性別	女・男
電話番号	(日中に連絡のつく電話番号を記入ください)					
メールアドレス						
住所 (通知等発送先)	〒 —					
希望する研修日 希望日に○をしてください。	( ) ① 10月23日	( ) ② 10月27日	( ) ③ 11月11日	( ) ④ 12月1日	( ) ⑤ 1月21日	申込日数 _____ 日 / 5日
免許資格等について お持ちの資格に○をしてください。	( ) 保育士	( ) 幼稚園教諭	( ) 保健師	( ) 子育て支援員	( ) 社会福祉士	( ) 看護師 ( ) その他
※就業している方のみ	事業所名					
	事業所住所	〒 —				

※1 受講申込書又は添付書類に記載された個人情報は、本事業に必要な範囲で兵庫県及び参加各市町に提供する場合は、適切に管理を行い、本事業以外の目的に利用することはありません。

参加市町 記入欄	市町名 部署等	(担当者名: _____)			
	住所 電話	〒 — 電話: _____			