

平成 30 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・内容

下記の日程に対し、希望する内容を選択してお申込みください。定員 100 名を超えた場合は、参加をお断りする場合があります。

	日程	内容・テーマ
①	平成 30 年 8 月 23 日 (木) 13:00~16:00	保育者に求められる資質能力とは
	会場：三宮研修センター 7階 705 会議室	
②	平成 30 年 9 月 1 日 (土) 13:00~16:00	保育者の倫理（専門職倫理）
	会場：三宮研修センター 10階 1005 会議室	
③	平成 30 年 9 月 8 日 (土) 13:00~16:00	子どもとの愛着関係を育む ～わらべうたや遊びをとおして～
	会場：三宮研修センター 5階 505 会議室	
④	平成 30 年 10 月 6 日 (土) 13:00~16:00	子どもの発達の特徴と関わり
	会場：三宮研修センター 10階 1005 会議室	
⑤	平成 30 年 11 月 17 日 (土) 13:00~16:00	保護者支援・地域の子育て支援の大切さを学ぶ
	会場：TKP 神戸三宮カンファレンスセンター 5階 ホール 5A	

5. 講師・会場

講師 神戸親和女子大学 発達教育学部福祉臨床学科 教授 久保木亮子氏

会場 ①8/23、②9/1、③9/8、④10/6

三宮研修センター（5F、7F、10Fの各研修室）

〒651-0085 神戸市中央区八幡通4-2-12 FRⅡビル／TEL：078-232-0081

会場 ⑤11/17

TKP神戸三宮カンファレンスセンター 5F ホール5A

〒651-0087 神戸市中央区御幸通6-1-12 三宮ビル東館5階／TEL：078-241-5990

6. 受講料

無料（※往復の交通費は自己負担です。）

7. 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は、勤務地の参加市町にお申込みください。

※現在、研修対象の事業に従事していない方は、住所地の参加市町にお申込みください。

※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/>

8. 申込期限

平成30年7月26日（木）〈各参加市町必着〉

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。（8月9日頃）

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

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：078-362-4186

（平日8時45分～17時30分）

平成 30 年度兵庫県子育て支援員研修【質の向上研修】受講申込書

平成 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への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)			
住所 (通知等発送先)	〒 ー			
希望する研修日 希望日に○をつけてください。	() ① 8月23日	() ④ 10月6日	申込日数 ー 日 / 5日	
	() ② 9月1日	() ⑤ 11月17日		
	() ③ 9月8日			
免許資格等について お持ちの資格に○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 支援員 (名称:)			
※就業している方のみ	事業所名			
	事業所住所	〒 ー		

※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	〒 ー 電話:		