

# 平成 29 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

- (例) ・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・内容等

### (1) 質の向上研修

	日程	内容・テーマ
①	平成 29 年 10 月 10 日 (火) 13:30~16:00	保育者の倫理（専門職倫理）
②	平成 29 年 12 月 12 日 (火) 13:30~16:00	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～
③	平成 29 年 12 月 19 日 (火) 13:30~16:00	保護者支援・地域の子育て支援の大切さを学ぶ

**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** TKP 神戸三宮カンファレンスセンター ホール 5B

〒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

※上記の研修に対し、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。

## (2) 地域保育コース

上記(1)の研修に加え、兵庫県子育て支援員研修地域保育コース(地域型保育)の中で、久保木教授を講師として「**保育者に求められる資質・能力とは**」をテーマにした研修を2回実施します(内容は同じです)。

8月31日(木)、12月9日(土)

なお、兵庫県子育て支援員研修〔地域保育コース(地域型保育)〕についてお申込みされる場合は、兵庫県社会福祉研修所協議会のHP掲載にて募集要項をご覧確認ください。  
<http://www.hyogo-f-kensyu.jp/>

## 5. 受講料

無料(※往復の交通費は自己負担です。)

## 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/>

## 7. 申込期限

平成29年8月21日(月)《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。

## 8. 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8日頃)

## 9. 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。

## 10. 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00分)

○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 子育て政策課 電話：078-362-4186(平日8時45分～17時30分)

## 平成 29 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。	(    ) 10月10日	(    ) 12月19日				
	(    ) 12月12日	申込日数	_____日	/ 3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。	(    ) 保育士	(    ) 社会福祉士	(    ) 幼稚園教諭	(    ) 看護師		
	(    ) 保健師	(    ) 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があるほかは、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。