

旭川市子育て支援員研修受講者推薦書

推薦者	所在地
	事業所名 (保育所・幼稚園・認定こども園等)
	代表者職・氏名
	担当者職・氏名
	担当者連絡先

令和7年度第1期旭川市子育て支援員研修の受講者として、下記の者を受講させたいので推薦いたします。

- 1 受講希望者氏名 _____
- 2 受講希望者住所 旭川市 _____

※旭川市民以外の方は、受講希望者のお住まいの自治体に申込可能かどうかをお問い合わせの上、受講希望者のお住まいの自治体に申込をしてください。

- 3 受講希望コース ※いずれかのコースに○を付けてください。
- (1) 地域保育コース
- (2) 放課後児童コース
- 4 従事予定事業所名
(保育所・幼稚園・認定こども園等) _____
- 5 従事予定事業所所在地 _____
- 6 推薦理由 当事業所が事業を実施するに当たり、上記の者が本研修を受講することが職員配置上、必要不可欠であるため

<注> 本受講者推薦書は、別紙「子育て支援員の任用を予定している市内施設一覧」に掲載されている施設又は事業者からの推薦の場合のみ有効です。